Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 52. 26. December 1893. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Originalien.

Zur Frühoperation des Ileus.[1])

Casuistisches aus der Landpraxis.

Von Dr. *Hans Dörfler*, prakt. Arzt in Weissenburg a. S.

Meine Herren! Wenn ich mir als praktischer Arzt vom Lande erlaube, über die Frühoperation des Ileus vor Ihnen zu sprechen, so finde ich eine Berechtigung hiezu erstens in dem entschieden vorhandenen Bedürfniss, das statistische Material der Ileus-Behandlungsfrage um einige Fälle bereichert zu sehen, fürs andere aber erscheint es mir interessant, den zahlreichen Berichten über diesen Gegenstand aus Kliniken und Krankenhäusern auch einen kleinen Beitrag aus der Landpraxis zuzufügen und die Frage der Ausführbarkeit und Indicationsstellung der Frühoperation vom Standpunkte des einfachen Praktikers auf dem platten Lande und für denselben betrachtet zu sehen.

Seit dem 8. Internisten- und 18. Chirurgencongress, auf welchen die Frage der Behandlung des Ileus zuletzt vor einem grösseren Aerzteforum zur Discussion gestanden hatte, ist diese Frage nicht wesentlich gefördert worden.

Von Seiten der Internisten wird heute noch die interne Behandlung des Ileus als eine der chirurgischen mindestens gleichwertige angesehen; hingegen wird von chirurgischer Seite immer dringender auf möglichst frühzeitige Laparotomie als ungefährliche und rationellste Behandlungsmethode hingewiesen. Der Grund dieser unerfreulichen Meinungsverschiedenheit liegt offenbar darin, dass bis heute den Chirurgen die Ileusfälle erst dann zur Behandlung zugeführt wurden, wenn vorher, dem bisherigen Standpunkte entsprechend, alle internen Mittel erschöpft und der chirurgische Eingriff sozusagen als letztes Verzweiflungsmittel übrig geblieben war. Sicher mussten bisher die meisten Berichterstatter, besonders aber die chirurgischen, gerade solche verschleppte Ileusfälle ihren Referaten zu Grunde legen.

Von diesem Standpunkte aus war es kein Wunder, dass die günstigste Statistik der Chirurgen nur wenig die der Internisten übertreffen konnte. Wenn einer internen Statistik von Curschmann und Goltdammer von 105 Fällen mit 35 Proc. Heilung bei innerer Behandlung eine chirurgische Statistik von Obalinski über 38 Operirte mit nur 49 Proc. Heilungen gegenübersteht, so beweisen eben diese Statistiken meines Erachtens nichts Anderes, als dass die interne Behandlung an sich, die chirurgische eben wegen zu lange fortgesetzter interner Behandlung bis heute recht unbefriedigende Resultate zu liefern vermochten.

Es lag daher in der Natur der Sache, dass sich in den letzten Jahren immer mehr und mehr ein Bedürfniss bei Chirurgen und Internisten nach Besserung der Behandlungsmethoden des Ileus geltend machte. Bei den grossartigen Erfolgen der antiseptischen und besonders der aseptischen Wundbehandlung lag der Wunsch nahe, diese Segnung auch diesem traurigen Gebiete ärztlicher Kunst vor Allem zu Theil werden zu lassen.

Und gerade die Zuverlässigkeit des aseptischen Operationsverfahrens wies gebieterisch auf die bisher so sehr vernachlässigte Frühoperation hin.

Als Grundbedingung für ein planmässiges wissenschaftliches Handeln wurde zunächst von Internisten und Chirurgen in gleicher Weise eine gründliche statistische Verarbeitung aller Ileusfälle hervorgehoben. So erklärte Nothnagel auf dem 8. Internistencongress als vor Allem erstrebenswerth, „eine gute, erschöpfende Statistik über die Erfolge interner und chirurgischer Behandlung, solange eine genaue Erkenntniss aller im Augenblick der Erkrankung in Betracht kommender Geschehnisse als nothwendige Basis für ein sicheres und zielbewusstes Handeln noch nicht völlig erreicht sei.“

Von diesem Gesichtspunkte aus habe ich mir erlaubt, auch meinerseits einige von mir in den letzten zwei Jahren behandelte Ileusfälle statistisch zu verwerthen und sie als geringen Beitrag zur Frage der Berechtigung der Frühoperation Ihnen zu berichten.

Ich habe mich um so mehr hiezu für berechtigt gehalten, als meine Fälle nicht unter den günstigen Verhältnissen einer chirurgischen Klinik, sondern unter den primitivsten Landpraxiszuständen zur Behandlung gestanden haben.

In letzterer Hinsicht sollen meine vier Fälle zeigen, dass Madelung's Forderung, Laparotomien nur unter den günstigen äusseren Bedingungen eines gut eingerichteten Krankenhauses vorzunehmen, zum mindesten nicht ganz berechtigt ist, ja, dass meiner Ansicht nach eine nutzbringende Operation oft nur dann ausgeführt werden kann, wenn sie an Ort und Stelle und nicht erst nach unnöthig versäumten kostbaren Stunden, die ein Transport in ein solches Krankenhaus erfordert, ausgeführt wird.

Bevor ich Ihnen meinen Standpunkt hinsichtlich Begriff und Bedeutung der Frühoperation bei Ileus präcisire, sei es mir gestattet, kurz über die von mir in den letzten zwei Jahren operirten vier Fälle von innerer Darmeinklemmung zu referiren. Von diesen wurden drei durch Frühoperation, eine durch Spätoperation behandelt.

Fall I. Spätoperation. R. S., Oekonomensfrau aus H., 40 Jahre, bisher stets gesund, erkrankte am 16. II. 1891 an heftigen anfallsweise auftretenden Leibschmerzen, nachdem sie Tags zuvor eine grosse Menge eines schwerverdaulichen Gebäcks sog. Punkels genossen hatte. Mit Auftreten der Leibschmerzen gleichzeitig Erbrechen. Befund an diesem Tage: Kräftige, wohlgenährte Frau, fieberlos, Puls kräftig, langsam. Gesichtsausdruck frisch. Leib leicht meteoristisch, nirgends druckempfindlich, nirgends eine Resistenz, keine Hernie. Erbrochenes besteht aus Mageninhalt. Seit 24 Stunden keine Stuhlentleerung mehr.

In Anbetracht des vorangegangenen Diätfehlers Annahme einer Koprostase. Verordnung: Ol. Ricini in grosser Dosis und Mastdarmwassereinläufe. Befund am nächsten Tage: Ricinusöl war erbrochen, Lavements ohne Erfolg geblieben, kein Flatus. Leib ebenso wie Tags zuvor; keine Druckempfindlichkeit, starkes Infus. fol. Sennae, hohe Darmeingiessungen.

Als am 18. II. auch darauf keine Entleerung und kein Flatus abgegangen, die kolikartigen Schmerzen wieder stärker, Singultus

[1]) Vortrag, gehalten in der 15. Abtheilung der 65. Naturforscher-Versammlung zu Nürnberg 1893.

sich einstellt, wird die Laparotomie vorgeschlagen. Nach einer Magenausheberung Besserung des Allgemeinbefindens und desswegen Verweigerung der Operation. Verordnung: Opium bei Fortsetzung der Wassereingiessungen in den Darm.

Ebenso am 19. II. wegen verhältnissmässig guten Allgemeinbefindens. Verweigerung der nochmals energisch geforderten Operation.

Am 20. II. Früh Kotherbrechen und Zunahme der Schmerzen. Leib stärker aufgetrieben, überall leicht druckempfindlich, Temperatur früh 38,3, Puls beschleunigt, klein, Aussehen leicht verfallen. Jetzt wird Operation gestattet. An diesem Tage Laparotomie aseptisch ausgeführt. Grosser Schnitt von Proc. xyphoideus bis handbreit unterhalb des Nabels. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirt sich in der Wunde sofort eine mächtig aufgetriebene Darmschlinge, diese selbst stark injicirt, mit geringem fibrinösen Beschlag, an einer pfenniggrossen Stelle grünbraun verfärbt. In dem Momente, in welchem diese brandige Darmpartie in das Bereich der Bauchwunde gelangt, platzt der Darm und im Strahle entleert sich reichlich dünnflüssiger Koth. Es gelingt die betreffende Darmschlinge zu gleicher Zeit vorzuziehen und das Einfliessen des Kothes in die Bauchhöhle zu verhindern. Anlegen eines Anus praeternaturalis an der perforirten Darmstelle.

In den nächsten Tagen Verlauf anscheinend günstig. Bei gutem Allgemeinbefinden nur Klage über viel Durst. Puls stets beschleunigt und klein. Aus der Fistel fliesst die aufgenommene flüssige Nahrung in kürzester Frist wieder ab. Kräfte schwinden langsam.

Am 27. II. also 7 Tage nach der Laparotomie Tod an Inanition. Section ergiebt: Angenähter Darm fest an der Bauchwand adhärent, Peritoneum blass, nicht injicirt. Darmserosa allenthalben äusserst trocken. Darmschlingen gegen die Wirbelsäule zurückgesunken, eng contrahirt, vom Coecum abwärts, um eine grosse Menge härtester Kothsteine. Keine Strangulation, kein Volvulus oder sonst ein mechanisches Hinderniss.

Diagnose: Störung der Darmpassage durch Kothsteine. Gangrän einer hochgelegenen Darmschlinge; Perforation derselben bei Laparotomie. Künstlicher After an hochgelegener Dünndarmschlinge. Tod an Inanition.

Die Operation war 5 Tage nach der Erkrankung ausgeführt worden. (Ich halte mich für berechtigt, die 5 Tage nach erfolgter Erkrankung ausgeführte Laparotomie als Spätoperation zu bezeichnen, da eine am 2. oder 3. Tage ausgeführte Operation wohl sicher die Gangräne des Darmes verhindert hätte.)

Meine übrigen 3 Fälle sind Repräsentanten der Frühoperation. Gestatten Sie mir, dass ich dieselben kurz skizzire.

Fall II. B. P., Oekonomensfrau aus K., seit Jahren mit einem gänseeigrossen mit dem Bruchsack fest verwachsenen Nabelbruch behaftet, erkrankte am 22. Januar 1893, nachdem sie in den letzten 8 Tagen an starken Durchfällen gelitten, plötzlich an heftigen, kolikartigen Leibschmerzen und Erbrechen. Das Erbrochene war Mageninhalt. Fortwährendes Aufstossen. Stuhl und Flatus seit 24 Stunden ausgeblieben.

Befund an diesem Tage: Sehr fettleibige Frau, mächtiger Panniculus der Bauchdecken, Leib leicht aufgetrieben, doch weich. An der oberen Peripherie des Nabelbruchs gegen die Tiefe des Bauches zu eine leichte, etwas druckempfindliche Resistenz zu fühlen. Nabelbruch selbst schmerzlos; Percussionsschall über demselben gedämpft. Temperatur normal, Puls 82, kräftig. Gesichtsausdruck frisch. Alle Paar Minuten während der Untersuchung ein heftiger, kolikartiger Anfall mit deutlich hörbarer, gleichzeitiger Darmperistaltik. Schwache Repositionsversuche am Nabel ohne Erfolg.

Verordnung: Oleum Ricini und Wassereingiessungen in den Mastdarm.

Am 23. I., also am nächsten Tage, besteht Schmerz in gleicher Weise fort. Ricinus hat nicht gewirkt, kein Flatus, Erbrechen weniger; fortwährendes Aufstossen. Zunge trocken, viel Durst. Befund des Leibes wie Tags zuvor; keine besondere Druckempfindlichkeit, keine Resistenz. Mässiger Meteorismus. Verordnung: Infus. foliorum Sennae und hohe Darmeinläufe. Als auch hierauf kein Stuhl, kein Flatus, Abends die Temperatur auf 38,2 gestiegen, Puls 96 erreicht hatte, Gesichtsausdruck leicht verfallen erschien, wurde am Abend desselben Tages die Laparotomie ausgeführt. Schnitt vom Proc. xyphoideus über die Nabelbruchconvexität hin fast bis zur Symphyse.

Der Nabelbruch enthält eine grosse Menge allenthalben adhärenten Netzes, kein Darmstück.

Zunächst findet die in die Bauchhöhle eingeführte Hand kein Hinderniss, keinen Strang etc.

Rasche Auspackung der Darmschlingen aus der Bauchhöhle und Absuchen des Darmes von einer fixirten Darmpartie nach aufwärts und abwärts. Der tastende Finger gelangt plötzlich zu einer peitschenschnurartig oft um ihre eigene Axe gedrehte etwa 20 cm lange Darmpartie. Beim Hervorziehen lösen sich die schraubenartigen Windungen ganz von selbst. Sofort bläht sich der nach unten von der vorher undurchgängigen Darmpartie gelegene Darm auf. Reposition der Darmschlingen nach vorheriger Abtragung des im Nabelbruch adhärenten Netzklumpens. Schluss der Bauchwunde durch die Naht. Glatter Verlauf. Am 3. Tage Morgens die ersten Flatus, an diesem Tage Abends die erste Stuhlentleerung. 3 Wochen nach Laparotomie kann Patientin geheilt entlassen werden.

In diesem Falle war die Operation also 48 Stunden nach erfolgter Erkrankung ausgeführt worden. Die Indication hiezu war anscheinend nicht allzu dringlich. Der Operationsbefund bestätigte ihre Berechtigung.

Fall III. Frau L., 42 Jahre alt, hatte im 12. Lebensjahre eine langdauernde Bauchfellentzündung, im 15. Jahre einmal „Darmverschlingung“ durchgemacht. Abgesehen von zeitweisen Stuhlbeschwerden in den letzten 15 Jahren stets gesund.

In der Nacht vom 3. auf 4. März erkrankte Patientin plötzlich, nachdem sie Abends ein reichliches Gericht Linsen sammt Hülsen verzehrt hatte, an heftigsten Leibschmerzen und fortwährendem Erbrechen. Ich sah Patientin etwa 1 Stunde nach ihrer Erkrankung.

Patientin stand am letzten Tage ihrer diesmaligen Menstruation; sie klagt fortwährend über von Zeit zu Zeit auftretende rasende Leibschmerzen; Patientin erbricht fortwährend.

Bauchdecken ganz schlaff und dünn, leicht meteoristisch. Vor und während jedes Kolikanfalles deutliche Aufblähung und Peristaltik der Darmschlingen durch die dünnen Bauchdecken sicht- und fühlbar. Temperatur normal. Puls 76, gut. Aussehen normal. In der Ileocoecalgegend mässige Druckempfindlichkeit, sonst Leib weich, nirgends druckempfindlich, nirgends eine Resistenz. Untersuchung p. vagin. ergibt negatives Resultat.

Verordnung: Oleum Ricini, Wassereingiessungen in den Darm; später Opium. Nach einigen Stunden Schmerz auf Opium etwas geringer, Ricinus war erbrochen worden; kein Stuhl, kein Flatus. Verordnung: Infus. fol. Sennae. Auch darauf kein Stuhl, sondern Erbrechen und aufs Neue heftige, kolikartige Schmerzen.

Am Abend des 4. März, also schon nach 12 Stunden, eine halbmondförmige, bei Lagenwechsel verschiebliche Dämpfung in der unteren Bauchhöhlenbegrenzung deutlich nachzuweisen.

Am 5. III., also am nächsten Tage, früh Allgemeinbefinden sehr gut. Von Zeit zu Zeit noch schwache, kolikartige Schmerzen; halbmondförmige Dämpfung deutlicher, Leib mässig meteoristisch, nirgends eine Resistenz. Puls kräftig, Temperatur 37,6.

Da im Laufe des Tages die kolikartigen Schmerzen, wenn auch in vermindertem Maasse, fortbestehen, da trotz reichlicher Darmeingiessungen kein Stuhl, kein Flatus zu erzielen, Singultus auftritt und die halbmondförmige Dämpfung auf beginnende Peritonitis hinweist, wird noch Abend desselben Tages, also etwa 46 Stunden nach erfolgter Erkrankung, die Laparotomie ausgeführt. Operateur war in diesem Falle Herr Dr. Carl Koch-Nürnberg.

Schnitt vom Nabel abwärts bis fast zur Symphyse. Aus der eröffneten Bauchhöhle fliesst wohl ein Liter heller, seröser Flüssigkeit. Ohne besondere Mühe findet der in die Bauchhöhle eingeführte Finger einen derben Strang, ausgehend von einer Darmschlinge und direct nach rückwärts gegen die Wirbelsäule verlaufend. Unter diesen Strang durchgeschlüpft und eingeklemmt lässt sich deutlich eine etwa 12 cm lange aufgeblähte Darmschlinge demonstriren. Hervorziehen der Darmschlinge aus der Einklemmung; doppelte Ligatur und Durchschneidung des Stranges. An der befreiten Darmschlinge eine deutliche Schnürfurche. Schluss der Bauchwunde nach Reposition der zahlreich vorgefallenen Darmschlingen.

Glatter Verlauf. Niemals Fieber. Schmerz und Erbrechen sistirten vom Moment der Operation an. Am 3. Tage nach der Operation Flatus, am 5. erste Ausleerung. Nach 3 Wochen geheilt entlassen.

Fall IV. W. H., 35 Jahre alt, Bierbrauer, erkrankte am 16. I. 1893 früh 9 Uhr plötzlich an heftigsten Leibschmerzen. Als ich Patienten eine Viertelstunde nach seiner Erkrankung sah, lag er, sich vor Schmerz krümmend, zusammengekauert im Bette, neben ihm ein doppelseitiges Leistenbruchband. Patient will an doppelseitigem Leistenbruch leiden. Schmerzen hätte er früher nie gehabt. Die jetzigen Schmerzen beständen seit 1/4 Stunde und seien unerträglich.

Befund: Kräftiger Mann, Augen etwas tiefliegend, Gesicht spitz, leicht verfallen, fortwährendes Stöhnen und Jammern. Abdomen weich. Beide Leistenringe vollkommen frei von Hernien. Nach oben vom rechtseitigen inneren Leistenring etwa in der Gegend des Coecums eine geringe, aber deutliche Resistenz zu fühlen; dieselbe auf Druck schmerzhaft. Temperatur normal. Puls kräftig, 84. Kein Erbrechen, kein Aufstossen.

Verordnung: Ol. Ricini. Morphium subcutan. Wassereinläufe in den Mastdarm. Wenn Ricinus ohne Erfolg, wünschte ich für Nachmittag Nachricht, erhielt diese aber trotz Ausbleibens jeglicher Ricinuswirkung nicht.

Am nächsten Tage den 17. I. früh: Schmerzen bestehen in alter Intensität fort, kein Stuhl, kein Flatus. Bis heute kein Erbrechen. Leib leicht meteoristisch und druckempfindlich.

In der Ileocoecalgegend eine mächtige wurstförmige Resistenz zu fühlen. Diese gibt tympanitischen Percusionsschall und lässt so leicht eine geblähte Darmschlinge erkennen. Temperatur 38,2. Mittag 1 Uhr Laparotomie.

Schnitt wie bei Herniotomie, jedoch schon 4 Finger breit oberhalb des Poupart. Bandes in dessen Mitte beginnend nach abwärts parallel zum Leistencanal bis zur Mitte des rechten Hodensackes verlaufend.

Beim Durchschneiden des inneren Leistenringes sieht man, wie die Kuppe einer aufgetriebenen Darmschlinge in das Lumen des inneren Leistenringes hineinragt, ohne hier eingeklemmt zu sein. Eröffnung der Bauchhöhle etwa in der Ausdehnung von 15 cm. Es präsentirt sich sofort eine mächtig geblähte Dünndarmschlinge; diese Darmschlinge ist eingeschnürt durch einen ringförmigen, derben, narbigen Strang. Vorsichtige Durchschneidung des Ringes von aus-

sen nach innen. Befreiung der eingeklemmten Darmschlinge ohne Schwierigkeit.

Die befreite Darmschlinge ist in der Ausdehnung von etwa 16 cm blauroth; die Serosa ist glanzlos, an einzelnen Stellen mit eitrig fibrinösem Belag bedeckt; ausserdem mehrere gelblich braune und dunkelrothbraune pfenniggrosse Partien am Darm zu erkennen.

Vorlagerung und Fixirung der verdächtigen Darmschlinge auf der Bauchhaut durch sterilisirte Gaze.

Eingriff wird gut vertragen. Temperatur in den nächsten zwei Tagen nicht über 37,5. Zwei Tage nach Laparotomie Spaltung des inzwischen total brandig gewordenen Darmstückes. 3 Tage nach Laparotomie Resection eines 16 cm langen gangränösen Darmstücks mit entsprechendem Mesenterialkeil. Darmnaht und Naht der Bauchwunde.

Auch dieser Eingriff ohne Reaction gut vertragen. Puls stets kräftig, Temperatur stets normal.

Am 22. I. erste Blähung, am 24. I. reichlicher Stuhl.

4 Wochen nach erfolgter Darmresection konnte Patient geheilt aus der Behandlung entlassen werden.

Dieser Fall ist in so ferne interessant, als er genau die Zeit vom Beginne der Einklemmung bis zum operativen Eingriff feststellen liess und zwar genau 28 Stunden. Diese hatten genügt zum Absterben eines 16 cm langen Darmstückes.

Meine Herren! Gestatten Sie mir, dass ich auf Grund meiner Beobachtungen Ihnen kurz die Gesichtspunkte fixire, die mir für den Praktiker nach dem heutigen Stande unserer Wissenschaft für die Behandlung der inneren Einklemmung als maassgebend erscheinen.

Kommt ein Patient mit den Erscheinungen einer inneren Darmeinklemmung in unsere Behandlung mit Erscheinungen als da sind: Erbrechen, heftige, kolikartige Schmerzen, absolute Verstopfung, Fieberlosigkeit etc., so richtet sich unser Handeln darnach, ob wir einen localen Einklemmungsbefund vor uns haben oder nicht. In den selteneren Fällen mit localem Befund ist unser Verhalten ein klar vorgezeichnetes. Sogar Curschmann erklärt es „für sündhaft, da nicht zu operiren, wo eine frühzeitige örtliche Diagnose es gestattet".

In den weitaus meisten Fällen wird ein localer Befund mangeln. In allen solchen Fällen hat meines Erachtens der Arzt die Pflicht, an die häufigste Ursache, die Darmpassagenstörung, die einfache Koprostase, zu denken. Bei Fehlen jeglichen localen Befundes ist der Arzt gewiss berechtigt, zunächst ein Abführmittel, am besten wohl das schonende Ricinusöl, combinirt mit energischen Wassereinläufen in das Rectum zu versuchen. Wenn Ricinusöl ohne Wirkung, habe ich von der Anwendung eines starken Sennainfuses schon mehrmals überraschende Wirkung, ja Vereitelung der schon beschlossenen Operation gesehen. Ich betone, dass ich den Abführmitteln ihr Recht nur für die ersten Stunden nach erfolgter Einklemmung gewahrt wissen will. Sicher können zu dieser Zeit diese Mittel noch ungestraft, ja mit glänzendem Erfolge oft gegeben werden.

Die Einwände, dass durch sie die Einklemmung verstärkt und Peritonitis beschleunigt wird, kommen in diesem Stadium gewiss noch nicht in ernstliche Erwägung. Eine Verstärkung der Einklemmung durch Abführmittel ist übrigens bis heute noch nicht wissenschaftlich sicher erwiesen. Hiegegen erscheint mir der Gewinn, der uns differentialdiagnostisch aus der Wirkung oder Nichtwirkung eines Abführmittels erwächst, von grossem Werthe und geradezu bestimmend für unser weiteres Handeln.

Sind Abführmittel und Wassereingiessungen in den Darm, Ausheberung des Magens etc. innerhalb 24 Stunden energisch angewandt ohne Erfolg geblieben und bestehen die Einklemmungserscheinungen, wenn auch im verminderten Maasse, fort, so halte ich es für dringend geboten, nicht länger mit der Laparotomie zu zögern und das ganze Gewicht seines persönlichen Einflusses zur Gestattung der Frühoperation in die Waagschale zu werfen. Mein 4. Fall zeigt uns auf's Deutlichste wieder die bekannte Thatsache, wie schon 27 Stunden genügen, um Gangrän des Darmes herbeizuführen. Von der Gangrän zur allgemeinen Peritonitis und damit zur Erfolglosigkeit der Laparotomie ist aber kein allzugrosser Schritt.

Die von vielen als Bedingung zur Erlaubniss der Laparotomie geforderte Nothwendigkeit eines localen Befundes halte ich für vollkommen unstatthaft. In den meisten Fällen innerer Einklemmung fehlt meiner Ansicht nach ein localer Befund. Sollen wir diese grosse Mehrzahl der Einklemmungspatienten zu Grunde gehen lassen oder sie einem gütigen Geschick der internen Statistik mit ihren 13—35 Proc. leichten Herzens überlassen?

Aus der Schilderung meiner Fälle, sowie aus dem eben Gesagten geht hervor, wie ich den Begriff „Ileus" und „Frühoperation" auffasse.

Ileus ist für mich nicht mehr der alte classische Ileus mit seinen Cardinalsymptomen „Kothbrechen, Verfall des Gesichts, Herzcollaps etc.". Die Vorboten dieser schweren Erscheinungen sind es, die ich unter diesem Begriff zusammengefasst mir ersehne. Meiner Ansicht nach sollte der alte bekannte Symptomencomplex des Ileus ganz und gar von der Bildfläche der praktischen Wissenschaft verschwinden.

Wie manches Menschenleben würde erhalten werden, wenn in Zukunft nicht mehr mit der Operation gewartet würde, bis alle typischen Ileussymptome zu guter Letzt das Messer als das Ultimum refugium erscheinen lassen?

Mit dieser Auffassung von Ileus ist auch gesagt, was „Frühoperation" bedeutet.

Unter „Frühoperation" verstehe ich die Ausführung der Laparotomie womöglich bevor Symptome von Herzschwäche und Peritonitis auftreten. Der Zeitraum, der uns bei dieser Forderung zur Verfügung steht, ist nicht in allen Fällen der gleiche. Er richtet sich darnach, ob wir eine acute totale oder eine sogenannte subacute oder eine chronische Darmeinklemmung vor uns haben.

Bei den ganz acuten Fällen, die sich durch riesige ununterbrochen andauernde Schmerzen, raschen Verfall des Gesichtsausdruckes auszeichnen und bei welchen nach Kümmel die Hauptgefahr nicht durch die Aufhebung der Kothpassage, sondern durch die in Folge der völligen Abschnürung entstandene Unterbrechung der Circulation gebildet wird und wobei es rasch zu Gangrän kommt — bei solchen Fällen soll nach 12—15stündigen vergeblichen Versuchen, die Darmpassage auf andere Weise zu erzwingen, nicht länger mit der Operation gewartet werden. Als sogenannte subacute Fälle bezeichnet Kümmel diejenigen, bei welchen die Behinderung der Kothpassage schon weit mehr hervortritt; hiebei kommt es nicht zu vollständiger Abschnürung der Blutgefässe, wie bei der ganz acuten Form; daher ist auch die Gefahr der Gangrän nicht so nahe. In diesen weniger stürmischen Fällen, wobei die Einklemmung unter zeitweise auftretenden kolikartigen Schmerzen bei gutem Kräftezustand trotz Abführmittel schon mehrere Tage bestand, ist der 3. Tag nach erfolgter Erkrankung wohl als äusserster Operationstermin anzusehen.

Bei den chronischen Darmverengerungen, die am häufigsten durch Tumoren und Narben entstehen, handelt es sich meist um hartnäckige Verdauungsstörungen; abgesehen von einer schliesslich nicht mehr zu beseitigenden Obstipation kommt es hier entweder zur acuten oder subacuten Darmeinklemmung. Nach dem Charakter dieser Einklemmung richtet sich unser Handeln.

Einige Worte noch über die Vorzüge und scheinbaren Nachtheile der Frühoperation!

Ein Nachtheil der Frühoperation soll darin gelegen sein, dass eben eine Operation mit Eröffnung der Bauchhöhle erforderlich ist und dass dieser Eingriff fast ebenso schlimm erscheint als die Einklemmung selbst. Meine Herren! Ueber die Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit der Frühoperation selbst brauche ich vor Ihnen kein Wort zu verlieren. Eine aseptisch ausgeführte Laparotomie bei gutem Kräftezustand und vor eingetretener Bauchfellentzündung vollzogen, muss heute eine gefahrlose Operation sein. Im schlimmsten Falle, wenn das Hinderniss nicht gefunden werden sollte, wird der Eingriff in diesem Stadium ausgeführt wenigstens nichts geschadet haben. Anders steht es natürlich, wo Kräfteverfall und Peritonitis bereits vor der Operation vorhanden; hiebei lässt sich eher über ihre Berechtigung streiten. Hier handelt es sich dann aber auch nicht mehr um den Begriff „Frühoperation". In solch vorgeschrittenen Fällen werden die Internisten stets mit vollem Rechte ihre Mortalitätsziffer einer chirurgischen ent-

gegenstellen können. Aber dazu sollte es meines Erachtens überhaupt nicht mehr kommen. In der „Frühoperation" ist uns ein Mittel in die Hand gegeben, das allgemein anerkannt bald einen glänzenden Sieg der Chirurgie über die interne Behandlung errungen haben wird.

Und so komme ich von selbst zu den Vorzügen der Frühoperation. Sie liegen für Jeden auf der Hand.

Der Hauptvorzug der Frühoperation ist der wohlerhaltene Kräftezustand; nicht weniger günstig ist das Fehlen jeglicher Peritonitis und Gangrän, ferner die Möglichkeit, bei grossem Schnitt bequem nach dem Hinderniss suchen zu können, ohne stets von der Gefahr der Herzparalyse bedroht zu sein. Bekanntlich kann das Auffinden des Hindernisses bei fehlendem localen Befund die grössten Schwierigkeiten bereiten, ja geradezu den Erfolg des Eingriffes total vereiteln. Hiebei zeigt sich die Frühoperation in ihrer grossen Bedeutung. Im Falle der Frühoperation ist der Kräftezustand so, dass man ungenirt nach möglichst grossem Schnitte vom Processus xyphoideus bis zur Symphyse die sämmtlichen Darmschlingen aus der Bauchhöhle herauspacken und bequem den ganzen Darm übersehen und abtasten kann. Kümmel ist es bei diesem Verfahren stets gelungen, in einigen Minuten das Hinderniss zu finden und zu lösen. Selbstverständlich ist ein solch energisches Vorgehen nur bei kräftigem Puls möglich und diesen garantirt eben nur die Frühoperation. In diesen günstigen Vorbedingungen von Seite des Patienten ist auch die Berechtigung gelegen, eine Operation ohne localen Befund vorzunehmen. Das Gefährliche bei der Spätoperation einer inneren Darmeinklemmung ohne localen Befund war eben die beim Suchen unvermeidliche Abkühlung und Insultirung der Darmschlingen und der dadurch bewirkte Shock des Herzens.

Wenn ich, meine Herren, zum Schluss ein Facit aus meinen 4 Fällen zu ziehen mir erlauben darf, so, meine ich, lehren uns dieselben zweierlei.

Sie zeigen fürs Erste, dass die Laparotomie bei innerer Einklemmung, frühzeitig genug ausgeführt, die besten Resultate zu erzielen vermag. Sämmtliche 3 Frühoperirte genasen. Der letal geendete Spätoperationsfall bietet ein passendes Gegenstück zu diesen.

Fürs Andere beweisen die unter den primitivsten Verhältnissen der Landpraxis gewonnenen Heilresultate, dass wohl auch der praktische Arzt berufen erscheint, solche eingreifende Operationen auszuführen und dass die günstigsten Resultate auch ohne den Comfort einer wohleingerichteten Klinik erreicht werden können. Hier wie dort ist peinliche Asepsis Grundbedingung des Erfolges. Bei einiger Sorgfalt ist dieselbe in jedem Bauernhause zu erreichen.

Laparotomie wegen Ileus. Heilung.

Vom k. Bezirksarzte Dr. *J. Gossmann*, Hausarzt am k. Zucht- und Arbeitshause St. Georgen.

In No. 36 S. 672 mit 674 des diesjährigen Jahrganges der Münchener Med. Wochenschrift berichtet Dr. Edgar Kurz in Florenz über die Heilung eines Falles von Ileus mittelst Laparotomie.

Eine gleichfalls mit gutem Enderfolge von mir im Zuchthause St. Georgen in jüngster Zeit vollführte Laparotomie wegen Ileus gestatte ich mir nachstehend den sich dafür vielleicht interessirenden Collegen mitzutheilen.

Herr Collega Kurz hat eingangs seiner vorstehend erwähnten Abhandlung die Berechtigung und Indicationen dieser so vielfach noch sehr gefürchteten Operation, wie ich glaube, in so ausführlicher Weise besprochen, dass ich mich hier nur auf die Skizzirung meines zur Heilung gelangten Falles von Laparotomie beschränken kann. Möge auch er, wenn nothwendig, den einen oder anderen Collegen ermuntern, die Rettung eines sonst sicher dem Tode Geweihten hoffnungsvoll durch fragliche Operation zu versuchen.

Br. A., ein sehr kräftig gebauter und im Allgemeinen vollkommen gesunder 25jähriger junger Mann, befindet sich wegen Körperverletzung mit nachgefolgtem Tode seit 4 Jahren im hiesigen Zuchthause. Nachdem Rubricat früher angeblich nie eine erhebliche Erkrankung oder Verletzung zu überstehen hatte, lag er im December 1892 und Januar 1893 wegen Erkrankung an schwerer exsudativer Peritonitis 50 Tage lang auf der Krankenabtheilung. Exsudat war deutlich damals im linken Hypogastrium nachzuweisen.

Im Juni d. Js. ging Br. abermals wegen peritonitischer Schmerzen der Krankenabtheilung zu, hauptsächlich über Schmerzen in der linken Seite der Bauchhöhle klagend. Ausschwitzung nicht constatirbar. Nach 36tägiger Krankheitsdauer ward er wieder arbeitsfähig — Schneider — und klagte nur vorübergehend hin und wieder über durchfahrende, reissende Schmerzen, ausgehend von dem unteren Theile der linken Bauchseite.

Am 4. October dieses Jahres Abends musste Br. wiederum wegen sehr intensiver Leibschmerzen und fortwährenden Erbrechens in das Spital aufgenommen werden. Gegen 2 Uhr in der Nacht vom 4. zum 5. October stellte sich kothiges Erbrechen ein, das allen dagegen empfohlenen Mitteln hartnäckig trotzte; daneben brettartig hartes Gespanntsein der Bauchmusculatur im l. Hypogastrium und gedämpfter Percussionston dieser Körperstelle. Seit zwei Tagen keine Stuhlentleerung, keine Flatus; Rectaluntersuchung negativ. Fahle Gesichtsfarbe, grosse Prostration mit äusserst heftigem durch fortwährendes Stöhnen und Aechzen kundgegebenes Schmerzgefühl im Unterleibe, zumeist linkerseits.

Diagnose: Darmocclusion, höchst wahrscheinlich durch ein Residuum der früheren Peritonitis hervorgerufen.

Da dieses schwere Krankheitsbild immer mehr dem allgemeinen Kräfteverfall entgegenführte, so entschloss ich mich am 5. October Nachmittags 3½ Uhr mit der sofortigen Einwilligung des Patienten zur Laparotomie, um möglicherweise die Ursache der Darmocclusion bloss zu legen und zu beseitigen. — Nach eingetretener tiefer Narkose durch Chloroform schritt ich unter strenger Handhabung der Antisepsis mittelst 2proc. Lysols zum Schnitte durch die Linea alba vom Nabel bis zur Symphyse. — Blutung fast Null. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wandte ich mich, mit der rechten Hand suchend, in das linke Hypogastrium, weil dort die Causa movens nach Anamnese und objectiver Untersuchung liegen musste. Da durch das Betasten jener Gegend nichts Fremdartiges gefunden wurde, zog ich mir, wie Dr. Kurz mit den Fingern das Peritoneum wegstreifend, das Colon descendens, vom S. rom. beginnend, ungefähr 10—12 cm lang behufs Ocularinspection in die Schnittlinie herein und sah nun deutlich das Gesuchte vor meinen Augen: Circa 5 cm über dem Beginn des S. rom. war das Colon descendens durch ein bindegewebiges, ungefähr 1 cm breites bandartiges Gebilde zusammengeschnürt, welches Gebilde sich von der Innenseite der genannten Darmpartie nach aussen und unten gegen das Lab. int. der Crist. oss. il. sin. hinabzog. — Zwischen zwei Fingern gelang die Zerreissung dieses bindegewebigen Bandes leicht, und die dadurch bewirkte unbedeutende Blutung stand sofort auf Betupfen mit Jodoformgaze. Nach Abzug dieses bindegewebigen Belages von der Oberfläche des beschriebenen Darmstückes sah man dort eine förmliche Rinne, durch die fortwährende Einschnürung von Seite jenes Bandes erzeugt. Der Darm unterhalb der Einschnürungsstelle war tief dunkelblau verfärbt, eine Stelle von der Grösse eines silbernen 20 Pfennigstückes der Gangrän nahe — Compress. zumeist der Ven. mesent. infer. — Bauchfell-Toilette und leichte Bestäubung desselben mit Dermatol. Schluss der Bauchwunde durch 4 tiefe, die ganze Bauchwand ohne Peritoneum erfassende Seidennähte und durch 7 oberflächliche aber breit gefasste Catgutnähte. — Jodoformgazeverband.

Die Operation hatte unter ruhiger Narkose ¾ Stunden gedauert.

Nach dem Erwachen aus der Narkose bis auf etwas Brechneigung subjectives Wohlbefinden, keine Schmerzen mehr im Leibe; eine halbe Stunde nachher nochmals Erbrechen, aber ohne Kothbeimischung: Chloroformwirkung. Der Operirte gibt an, es sei nicht mehr jenes qualvolle Erbrechen wie vor dem operativen Eingriff. Von da an jede Brechreizung verschwunden, nach 3 St. ergiebige spontane Defaecation. Am 6. October Abends 38,8° C. und am 8. 38,7° C. Körpertemperatur (in ano), sonst kaum einige Zehntel über der Norm, bis am 10. October auf einmal das Thermometer 39,2° C. und am 12. 39,6° C. zeigte. Da der Kranke weiters über Schmerzen in der Schnittwunde klagte und diese in der Gegend der 3. und 4. oberflächlichen Naht — von oben gerechnet — geröthet erschien, so wurden diese zwei Nähte entfernt, worauf sich aus dieser Stelle etwas Eiter entleerte. Sofortiger Nachlass der Schmerzen und vom 14. October an vollständige und andauernde Apyrexie mit ungetrübtem Fortgange in vollkommene Genesung.

Das Fieber am 10. und 12. October ist als Resorptionsfieber aufzufassen, ausgehend von dem in der Wunde retinirten Eiter. Die 4 tiefen Nähte sind per prim. intent. verheilt und an der Eiterung der bezeichneten oberflächlichen Nähte dürfte zweifellos das dabei verwendete schon ältere Catgut die Schuld tragen.

Zur Casuistik der Tuberculose im Kindesalter.[1])

Nach Beobachtungen aus dem Nürnberger Kinderspital von Dr. *F. Goldschmidt.*

Reine Fälle von congenitaler Tuberculose sind bislang nur sehr wenige beschrieben und wenn man von solchen verlangt, dass schon bei Foeten oder wenigstens bei Neugeborenen der ersten Lebenstage unzweifelhafte tuberculöse Herde nachgewiesen werden müssen, so gehören auch die nachfolgenden Fälle, strenge genommen, nicht hierher. Und doch ist die Localisation der Tuberculose in denselben eine derartige, dass die Uebertragung durch Infection oder Verfütterung ausgeschlossen und eine intrauterine Uebertragung mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden darf. Die Fälle sind folgende:

1) Am 1. November 1887 wurde das $1^1/_4$ Jahre alte hereditär von Seiten beider Eltern stark belastete Kind Th. F. in das Kinderspital verbracht. Dasselbe soll seit längerer Zeit schon heftigen Husten haben und in seiner Ernährung sehr zurückgekommen sein. Bei der Aufnahme fand man ein bleiches, schlecht genährtes Kind, das hoch, unregelmässig fieberte, elenden, frequenten Puls hatte und über beiden Lungen die Erscheinungen starken Katarrhs darbot. Unter beständigen Fiebererscheinungen, die bald Morgens bald Abends seinen höchsten Gipfel erreichten, unter anhaltendem heftigen Husten und rapidem Kräfteverfall trat vier Wochen nach der Aufnahme in das Kinderspital der Exitus letalis ein. Die Section fand die Oberlappen beider Lungen normal, die Unterlappen locker zellig mit der Brustwand verwachsen, in diesen zahlreiche bronchopneumonische Herde und das Gewebe durchsetzt von zahllosen miliaren Tuberkelknötchen; daneben bestand Schwellung der Bronchial-, Mediastinal- und Mesenterialdrüsen, letztere waren zum Theil vollständig verkäst. Die Darmschleimhaut intact, ebenso Herz, Nieren und Milz vollkommen normal. Dagegen fand sich an der Unterfläche der Leber in der Substanz derselben und durch die Serosa durchscheinend in der linken vorderen Längsfurche, da wo das Lig. teres in die Leber eintritt, ein etwa erbsengrosser, gelber, aus kleinen Knötchen zusammengesetzter tuberculöser Herd, der sich durch die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung als solcher auswies.

Bedenkt man, dass das Lig. teres beim Fötus die Vena umbilicalis enthält, welche dem Fötus von der Mutter aus das zur Ernährung und Athmung geeignete und nothwendige Blut zuführt, und dass gerade an der Stelle, wo dieses embryonale Gefäss von der Mutter auf das Kind übergeht, ein tuberculöser Herd gefunden wird, liegt es da nicht nahe, anzunehmen, dass im intrauterinen Leben von der Mutter Tuberkelbacillen auf den kindlichen Organismus übergegangen seien, welche sich an der besagten Stelle ansiedelten und von hier den Ausgangspunkt einer allgemeinen Tuberculose gebildet haben? „Langsamer als in irgend einem anderen Organe strömt das Blut in den Capillaren der Leberacini und das hat zur Folge, dass Alles, was an kleinsten körperlichen Partikeln in die Circulation geräth, gerade mit Vorliebe zuerst in der Leber stecken bleibt.“ So lässt sich auch erklären, warum die von der Mutter auf den Fötus übergegangenen Tuberkelbacillen gerade in der Leber sich festsetzten, warum sie aber von hier aus auch so langer Zeit bedurften, um wiederum in den allgemeinen Kreislauf zu gelangen und die Allgemeininfection herbeizuführen.

Die gleiche eigenthümliche Localisation eines Tuberkelherdes fand ich noch in einem zweiten Falle:

2) Das von einer „leidenden“ Mutter stammende Kind war bei seiner Aufnahme in das Kinderspital sieben Monate alt und hatte dabei ein Gewicht von nur 3800 g; es schien schlecht genährt, schwach und abgemagert, mit tiefen Falten im Gesicht, weit offener eingesunkener grosser Fontanelle und Intercalation der Schädelknochen. Objectiv waren auf beiden Lungen die Erscheinungen der Infiltration und Cavernenbildung nachweisbar. Unter hohem, stark remittirendem Fieber und zunehmender Entkräftung starb das Kind nach 9 tägigem Aufenthalt im Kinderspitale. Die Section ergab zahllose miliare und grössere, theilweise schon verkäste Tuberkel, sowie einzelne erbsenbis haselnussgrosse glattwandige Cavernen in den Oberlappen, Bronchopneumonie und Miliartuberculose in dem rechten Unterlappen, und im linken Unterlappen eine fast wallnussgrosse Caverne mit dünnem eitrigem Inhalt und zahlreichen Tuberkelbacillen. Schwellung mit centralem käsigen Zerfall der Bifurcations-, Bronchial- und Mesenterialdrüsen. Im Dünndarm zahlreiche circuläre Geschwüre. Die Leber von gewöhnlicher Grösse und Zeichnung des Gewebes zeigt an der Eintrittsstelle des Lig. teres im Lebergewebe einen hirsenkorngrossen Tuberkel, bei welchem die mikroskopische Untersuchung Tuberkelbacillen nachwies.

Ob dieser Lebertuberkel der Ausgangspunkt der allgemeinen Tuberculose gewesen ist, dürfte nicht zu entscheiden sein. Der ungewöhnliche Sitz, die Thatsache, dass sonst an keiner Stelle der Leber Tuberkelherde gefunden wurden, lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass auch hier die Bacillen mit dem Nabelvenenblut in den kindlichen Körper gelangt seien, und dass von diesem Herde aus die allgemeine Tuberculose sich verbreitet habe, wenn auch die Erkrankungen der Lungen und des Darmes viel weiter vorgeschritten waren als die der Leber.

Mit Gewissheit auf intrauterine Infection zurückzuführen ist wohl auch der nachfolgende Fall, der im Jahre 1888 im Kinderspitale beobachtet wurde.

3) Ein fünf Wochen altes Kind, dessen Mutter wegen vorgeschrittener Tuberculose im Krankenhause lag und bald nach dem Kinde starb, kam mit den Erscheinungen hochgradigster Atrophie in die Klinik. Das Kind war sofort nach seiner Geburt von der kranken Mutter entfernt und Zieheltern übergeben worden. Die in der Klinik vorgenommenen Ernährungsversuche blieben ohne Erfolg; es bestanden heftige Verdauungsstörungen, später die Erscheinungen einer Pneumonie und vier Wochen nach der Aufnahme trat der Tod ein.

Bei der Section fanden sich zahlreiche grössere Tuberkelknötchen theilweise mit käsigem Zerfall in beiden Lungen, Miliartuberculose der Bronchialdrüsen, der Leber, Milz, Nieren und käsige Infiltration der Mesenterialdrüsen.

Die nachweisbaren tuberculösen Veränderungen sprechen mit Sicherheit für eine längere Dauer, als das Leben des Kindes betrug, und ist desshalb wohl auch in diesem Falle die Entstehung der Krankheit auf eine intrauterine Infection zurückzuführen.

[1]) Mitgetheilt im ärztlichen Localverein Nürnberg am 6. Juli 1893.

Hygienische Untersuchungen auf dem Lande.

Von Dr. *Trinkgeld* in Dachau.

Angeregt durch die Erfahrungen aus dem hygienischen Curse für das Physikatsexamen stellte Verfasser eine Reihe von Wasser- und Luftuntersuchungen in Dachau und dessen Umgebung an; zu ersteren wurden als Objecte öffentliche und private Brunnen, zu letzteren verschiedene bewohnte Localitäten gewählt; während sich hier die Untersuchungen auf den Nachweis der Kohlensäuremengen beschränkten, wurden dieselben beim Wasser auf Chlor, Salpetersäure und organische Stoffe resp. Sauerstoffverbrauch ausgedehnt.

Die Untersuchungen wurden wiederholt im Frühjahre und Herbste ausgeführt und ergaben folgendes Resultat:

A. Wasser.

Name oder Nummer des Wassers	Chlor mg im Liter	Salpeter-Säure mg im Liter	Sauerstoff-Verbrauch mg im Liter
Regenwasser . . .	0	0	—*)
Leitungs-Amper-Wasser .	5	5	—
Moor-Wasser . . .	10	6	15
Brunnen No. 4 . .	0	0	—
„ 5 . .	13	23	2,0
„ 6 . .	15	0	3,8
„ 7 . .	43	100	2,8
„ 8 . .	45	232	2,5
„ 9 . .	46	10	6,5
„ 10 . .	48	202	1,0
„ 11 . .	66	248	1,7
„ 12 . .	80	128	6,2
„ 13 . .	89	251	2,0
„ 14 . .	95	300	3,1
„ 15 . .	99	252	2,7
„ 16 . .	101	278	3,1
„ 17 . .	125	232	3,1
„ 18 . .	125	280	2,2
„ 19 . .	133	246	1,9
„ 20 . .	135	220	4,2
„ 21 . .	140	152	4,2
„ 22 . .	240	520	4,7
„ 23 . .	542	800	6,2
Brunnen No. 13 nach dem Untersuchungsresultat im hygien. Institut .	73	150	—
No. 19 detto . . .	91	189	—
No. 15 nach Dr. Hobein und Bender . .	82	207	2,3

*) — bedeutet, dass die Untersuchung auf organische Substanz nicht gemacht wurde.

Bezüglich der Lage der verschiedenen Brunnen ist zu erwähnen: Brunnen No. 4 und 6 sind neu gegraben; ersterer befindet sich beim neuen Schulhause in Indersdorf, letzterer beim neuen Districtskrankenhause in Dachau; der hohe Gehalt an organischen Substanzen mag hier von Absonderungen aus den neuen, nicht genügend gewässerten hölzernen Brunnenröhren kommen; das Wasser hatte damals Geruch und Geschmack nach fauligem Holze.

No. 5, 7, 8, 11, 16, 18, 19, 20 sind öffentliche und mit Ausnahme von 7 Pumpbrunnen. No. 5 liegt isolirt auf dem sogenannten Schlossberge, 7 ist eine am Fusse dieses Berges gefasste Quelle, 16, 18, 19, 20 liegen in Mitte des Marktes, unmittelbar an Häusern und in nächster Nähe von Strassencanälen; 8 und 11 liegen etwas isolirter in abgelegenen Strassen, 9 befindet sich in einem grossen Garten und hat neue Deichen.

Brunnen 10, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 22, 23 sind in Privatbesitz; 12 ist Schulhausbrunnen in einem Nachbardorfe; 15 liegt im Dachauer Friedhofe; 22 und 23 sind Brunnen in ganz engen Hofräumen in Mitte des Marktes.

Der Untergrund besteht fast überall aus Lehm, dem in tieferen Schichten feiner Sand beigemischt ist; eine in verschiedenen Lagen wechselnd dicke Platte von erdigem Kalkstein (Mergel) unterbricht hie und da die weiche Lehmschichte.

Beim Vergleiche der obigen Resultate mit denen der Analyse eines anderen guten, z. B. Münchener Normalwassers mit einem Gehalte von 7 mg Chlor, 10 mg Salpetersäure und 0,5 mg Sauerstoffverbrauch im Liter, oder auch eines Wassers aus hiesigem reinen Untergrunde, wie Brunnen 4, 5, 6, ergibt sich, dass fast alle Brunnen in Dachau stark, einzelne enorm verunreinigt sind. Es muss somit eine hochgradige Verunreinigung des Untergrundes am hiesigen Orte angenommen werden, welche zum Theil aus alter Zeit stammen kann, aber auch, wie der hohe Gehalt an organischer Substanz bei einigen Brunnen beweist, gegenwärtig noch stattfindet und entweder durch undichte Mist- und Abortgruben, Viehstallungen, defecte Strassencanäle und Mangel geordneter Hausdrainage oder durch sämmtliche Momente bedingt ist.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, wurden meine chemischen Wasseruntersuchungen sowohl im hygienischen Institute, wie auch im Laboratorium von Dr. Bender & Hobein in München controlirt und auch hier abnorm hohe Werthe gefunden. Die von Dr. Bender & Hobein ausgeführten Untersuchungen fallen in die gleiche Zeit wie die meinigen, während die im hygienischen Institut vorgenommenen Analysen aus einer späteren Zeit stammen.

Wenn auch eine vollkommene Assanirung des Bodens in einem Oekonomie treibenden Orte bekanntlich zu den schwierigsten Ausführungen gehört, so dürfte doch eine Besserung durch gute Canalisation, Anlage wasserdichter Gruben u. s. w. anzustreben sein.

Ein Anfang ist übrigens gemacht, gerade dort, wo sich im Jahre 1891 ein Typhusherd gebildet hatte, ist heuer ein neuer Canal nach modernem Muster gelegt worden und auch für eine künftige Wasserversorgung wurde bereits ein Plan ausgearbeitet.

B. Luft.

	ccm Kohlensäure in 1000 ccm Luft
1. Schulen in Dachau.	
a) Knaben-Schulhaus.	
Schulsaal mit 94 Knaben	1,77
„ 63 „	2,25
„ 58 „	2,72
„ 62 „	4,08
b) Mädchen-Schulhaus.	
Schulsaal mit 70 Mädchen	2,53
„ 70 „	3,15
„ 50 „	3,5
„ 100 „	6,16
2. Schulen auf dem Lande.	
Schulsaal in Pellheim mit 68 Kindern	5,07
„ Bergkirchen „ 96 „	5,8
„ Unterbachern „ 60 „	6,7
„ Bergkirchen „ 80 „	9,8
„ Hebertshausen „ 80 „	10,56
3. Krankenhäuser in Dachau.	
Altes Krankenhaus, jetzt Armenspital.	
Zimmer mit 1 Kranken	1,97
„ 2 „	1,4
„ 5 „	1,9
„ 5 „	3,2
Neues Krankenhaus.	
Zimmer mit 4 Kranken	1,83
Saal „ 6 „	1,18
4. Pfarrkirche in Dachau.	
Luft unmittelbar nach einem Feiertags-Gottesdienst	1,4
5. Amtsgefängniss in Dachau.	
a) Zelle mit 2 Mann	2,7
b) „ 2 „	2,9
6. Familien-Wohnungen.	
Eigenes Schlafzimmer	1,4
„ Wohnzimmer	0,6
Schlafzimmer einer Arbeiterfamilie mit 7 Kindern	2,25
„ „ „ „ 5 „	2,7
7. Luft im Freien	0,35.

Die Untersuchungen zeigen, dass die Luft in sämmtlichen Schulen den zulässigen Kohlensäuregehalt von 1 pro Mille weit, in einzelnen sogar in ganz bedenklichem Maasse überschreitet. Höchst beachtenswerth dürften die Ausführungen, welche Professor Dr. Recknagel in den Blättern für das bayerische Realschulwesen 1891 in dieser Beziehung gemacht hat, sein. Derselbe sagt: „In jedem nicht durch besondere Vorrichtungen ventilirten Raume müssen Schüler und Lehrer durchaus gesundheitsschädliche Luft athmen und die Verpestung der Luft und ihr vergiftender Einfluss sich von Minute zu Minute steigern.

Im Sommer kann man sich durch Oeffnen der Fenster einigermaassen helfen, aber während zweier Dritttheile des Schuljahres ist die Anwendung dieses Hilfsmittels aus Rücksicht auf die Wärmeökonomie nicht gestattet. Folglich müssen wir mit aller Energie dahin streben, dass unsere Schulzimmer mit Vorrichtungen versehen werden, durch welche es möglich ist, denselben eine genügende Menge frischer Luft zuzuführen.

Für ein mittleres Schulzimmer mit 200 cbm Raum und 50 Kindern berechnet sich der Ventilationsbedarf, wenn der Kohlensäuregehalt 1 pro Mille nicht übersteigen soll, rund stündlich zu 1200 cbm. Zur Erwärmung dieser Luftmenge genügt ein gewöhnlicher 2,20 m hoher Ofen, wenn anders die einströmende Luft mit schräg aufwärts gerichteter Geschwindigkeit gegen denselben gelenkt und dieser mit einem 2 m hohen, vom Ofen und Boden je 30 cm abstehenden eisernen Schirm umgeben wird. Herbeizuschaffen ist die nöthige Luftmenge durch eine Ventilation, zu dessen Betrieb ungefähr eine Pferdekraft nöthig ist. Der Ventilator saugt die Luft aus dem Freien an und treibt sie zunächst in den Hauptcanal, von welchem sie durch Zweigcanäle in die einzelnen Zimmer geleitet wird."

Als Kraftquelle zum Betriebe des Ventilators wird Druckluft, Wasser, Elektricität eventuell eine Gaskraftmaschine empfohlen.

Ich gebe zu, dass diese zunächst für Mittelschulen empfohlenen Maassnahmen auf dem Lande für Volksschulen nicht leicht auszuführen sind, theils wegen der den Gemeinden erwachsenden Kosten, theils wegen der Schwierigkeit, in alten Schulgebäuden Luftleitungscanäle und Abzüge anzulegen; bei Neubauten soll jedenfalls Rücksicht auf Prot. Recknagel's Ventilation genommen werden.

Manches aber kann auch heute schon in der ländlichen Schulhygiene gebessert werden, indem die bereits vorhandenen Ventilationseinrichtungen fleissiger gehandhabt, unpraktische, wie Klappfenster, die von unten nicht geöffnet werden können, abgeändert werden. Schullocale, die, wie in Hebertshausen und Bergkirchen, im Verhältniss zur Schülerzahl absolut zu klein sind, sollen vergrössert eventuell neugebaut werden.

Ueber Myxödem und seine Behandlung mit innerlicher Darreichung von Schilddrüsensubstanz.[1])

Von Dr. *Ernst Schotten* in Cassel.

(Schluss.)

Meine Herren! Der Zufall fügte es nun, dass ich fast gleichzeitig mit dem ersten noch 2 weitere Fälle in Beobachtung bekam, oder besser gesagt, meine nun einmal auf die Krankheit gerichtete Aufmerksamkeit liess mich bald darauf bei 2 mir längst bekannten Geschwistern die Erscheinungen des Myxödems entdecken. Ich schicke der Beschreibung dieser einige Worte voraus:

Schon Kocher hatte die Beobachtung gemacht, dass bei operativem Myxödem, falls der Eintritt desselben in die Zeit des noch nicht vollendeten Wachsthums fiel, zugleich eine Hemmung des Wachsthums eintrat. Es war deshalb von vornherein zu vermuthen, dass auch das dem operativen ja völlig gleichende atrophische Myxödem, wenn sein Eintritt in diese Zeit fällt, eine Wachsthumshemmung im Gefolge haben würde. Diese Vermuthung wird nun in der That durch die Erfahrung bestätigt: Das atrophische Myxödem zeigt bei seinem Auftreten im jugendlichen Alter im Uebrigen die sämmtlichen Erscheinungen des Myxödems bei Erwachsenen, hinzu kommt aber noch die Wachsthumshemmung, und in der Regel, wie auch

[1]) Nach einem im dortigen Aerzte-Verein am 25. October 1893 gehaltenen Vortrage.

bei dem operativen Myxödem, eine Hemmung der geistigen Entwickelung.

Es ist klar, dass, falls nun das Leben trotz der Krankheit längere Zeit erhalten bleibt, dann mehr oder minder auffallender Zwergwuchs Folge der Krankheit sein muss.

Es war nun zu hoffen, dass, wenn bei noch nicht vollendeter Wachsthumsperiode eine Behandlung mit Schilddrüse eingeleitet wird, in Folge und während der Behandlung ein erneutes Wachsthum eintreten würde. Fälle, in welchen dieses Resultat durch innerliche Darreichung von Schilddrüsenextract in der That erzielt wurde, stellte H. Rehn auf dem diesjährigen Congress für innere Medicin in Wiesbaden[13]) vor. Wie Rehn bereits erwähnte, sind auch in England derartige Fälle mit gleichem Erfolge behandelt worden.

Ich erlaube mir nun, die Beschreibung meiner beiden eigenen Fälle hier anzufügen. Es handelt sich um 2 Schwestern im Alter von 35 resp. 18 Jahren; es ist also die erstere über das Entwickelungsalter längst hinaus, während die zweite nicht weit von der Grenze desselben steht. Beide sind Zwerge, beide bieten die Erscheinungen des Myxödems. Ich beginne mit der Beschreibung der jüngeren Schwester, weil diese die Krankheitserscheinungen in viel höherem Grade zeigte und auch der Schilddrüsentherapie, wenn auch nicht sehr energisch und consequent, unterworfen wurde, während bei der Schwester eine solche nicht stattgefunden hat.

Fall II. Anamnese. Patientin ist 18 Jahre alt; der Vater starb 54 Jahre alt an Lungenemphysem, war früher übrigens ganz gesund. Die Mutter lebt, 57 Jahre alt; sie hat früher viel an Bleichsucht gelitten, ist auch jetzt noch stets sehr bleich, aber sonst gesund. (Ihre kaum fühlbare Schilddrüse ist sehr klein.) Patientin ist in Cassel geboren und aufgewachsen, als dritte von 4 Geschwistern, von denen die älteste 34 Jahr und Zwerg ist und die Erscheinungen des Myxödems in leichtem Grade hat (Fall III.), während die nächste Schwester 22 Jahre alt, wohlgewachsen und geistig normal, aber häufig bleichsüchtig, und die jüngste, 15 Jahre alt, ein durchaus normales und gesundes Individuum ist.

Sie wurde als regelmässig gebildetes, nur etwas kleines Kind geboren, wurde von einer an Bleichsucht leidenden Amme gestillt, machte mit 3/4 Jahr Ruhr durch, lernte mit 1 Jahr laufen (bekam aber schiefe Beine), und mit 2 Jahren sprechen. Mit 2 Jahren machte sie einen Blasenkatarrh durch. Im 3. Jahr bereits war es deutlich, dass sie nicht so wuchs wie andere Kinder. Als sie mit 6 Jahren in die Schule kam, fiel sie wegen ihrer Kleinheit schon sehr auf. Sie besuchte die Schule bis zum 14. Jahr, machte zunächst einige Fortschritte, blieb aber je länger desto mehr zurück und blieb überhaupt geistig auf der Stufe eines Kindes von 8—9 Jahren stehen. Die Menstruation hat sich nie gezeigt. In den letzten Jahren soll der schon von frühester Kindheit an ungewöhnlich dicke Leib allmählich immer stärker geworden sein, auch das Gesicht durch Anschwellung einen fremden Ausdruck bekommen haben. Allem Anschein nach ist sie in den letzten Jahren gar nicht mehr gewachsen. Was ihre jetzigen Beschwerden betrifft, so hat sie vor Allem über ein fortwährendes gleichmässiges Gefühl von Schwäche und Müdigkeit zu klagen; sie hat ferner fast immer die Empfindung von Kälte, namentlich an den Füssen. Die Füsse und auch die Hände sollen fast immer kühl sein und häufig einschlafen, so dass sie gerieben und gebürstet werden müssen, um etwas erwärmt zu werden. Das Reiben erträgt angeblich die Haut ohne Spur von Reaction. Die Haut soll stets trocken, fast niemals Schweiss vorhanden sein. Sie schläft viel, der Schlaf ist aber nicht erquickend, oft durch ängstliche Träume gestört. Die Verdauung soll regelmässig, auch die Harnabsonderung ungestört sein. Manchmal klagt sie über Kopfweh und über Schmerzen im Leib.

Status praesens am 15. Juni 1893:

Die Patientin entspricht ihrer Körpergrösse nach, welche 109 cm beträgt, etwa einem 6jährigen Kind, eine Schätzung, mit welcher auch der kindliche Gesichtsausdruck harmonirt. Das Verhältniss von Rumpf, Kopf und Extremitäten ist ein ungefähr normales, die Extremitäten eher etwas klein zu nennen. Das Körpergewicht beträgt 24 Kilo; die Temperatur in axilla 36,8, Puls 72, ziemlich klein, leer und tardus. Die Haut, namentlich der Extremitäten, kühl anzufühlen. Die Haut erscheint am ganzen Körper wie ödematös, dabei von weisslicher Farbe und durchscheinend, alabasterartig, namentlich so an Brust und Hals; sie ist nirgends eindrückbar. Nur an den Wangen und Ohren besteht blauröthliche Farbe.

Die Haut ist dabei trocken, spröde, vielfach kleienartig schilfernd, die Nägel glanzlos und streifig.

Der Haarwuchs ist auf dem Kopf recht dünn, am dünnsten am Vorderkopf; die einzelnen Haare dünn und glanzlos. Die Brauen fehlen, während die Wimpern ziemlich reichlich sind, die Achselhaare und Pubes fehlen vollständig, das Wollhaar fast vollständig.

Der Schädel zeigt regelmässigen symmetrischen Bau, keine Einziehung der Nasenwurzel. Seine Maasse sind: Umfang 48 cm, querer Durchmesser 13 2/3 cm, Längsdurchmesser 17 1/2 cm, mentooccipitaler Durchmesser 20 1/2 cm. Das Gesicht erscheint durch die beschriebene Anschwellung der Haut, die namentlich an der Stirn, an den Backen und unter den Kieferrändern sehr auffallend ist, dick, breit und plump. Die Lidspalte ist durch die Anschwellung der Lider erheblich verengt; es besteht Ptosis, die dem Gesicht einen schläferigen Ausdruck verleiht. Die Lippen etwas dick, die Zunge nicht verdickt. Am Hals, Supra- und Infraclavicular-Gruben und im Nacken auffallende charakteristische Verdickung der Haut. Die Brust erscheint aus der gleichen Ursache besonders stark gewölbt, der Leib ist, jedenfalls grösstentheils durch die Verdickung der Bauchdecken, stark aufgetrieben. Die Extremitäten sind im Verhältniss zu ihrer Länge dick, die Füsse ungewöhnlich dick und hoch, während die Dimensionen der Hände weniger auffallend sind. Die betreffenden Maasse betragen: Hals 28 cm, Brust 63 cm, Leib 69 cm, Oberarme 17 cm, Vorderarme 16 1/2 cm, Oberschenkel 33 (Mitte), Unterschenkel 24 1/2 cm.

Die Conjunctivae sind blass, der Pupillarreflex normal, die Lippen- und Mundschleimhaut blass; die Zunge rein, das Zahnfleisch geschwellt und entzündet, leicht blutend, die Zähne nur zum Theil erhalten, die Schneidezähne stark gerieft. Das Gaumengewölbe normal gebildet, der Rachen normal.

Eine Schilddrüse ist nicht zu fühlen.

Die Stimme ist näselnd, doch nicht rauh und tief, vielmehr klangvoll und sympathisch. Die Mammae sind unentwickelt. Die Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane ergibt normale Verhältnisse.

Die Sinnesorgane functioniren anscheinend ganz normal. Die Untersuchung der Hautsensibilität ergibt keine deutliche Herabsetzung. Die Hautreflexe (Kitzel der Planta etc.) fehlen. Patellarreflex deutlich vorhanden. Die Untersuchung der Motilität ergibt keine gröberen Störungen, keine Verminderung der Kraft, keine Ataxie. Die Hände sind sehr geschickt in weiblichen Handarbeiten, die Handschrift sehr schön. Der Gang wackelnd.

In Bezug auf geistige Entwickelung steht Patientin auf der Stufe eines 8—9jährigen Kindes. Einfache Rechenexempel werden häufig falsch im Kopf gerechnet. Abstracte Begriffe sind für sie unverständlich, von den wichtigsten Geschichts- und Zeitereignissen hat sie keine Kenntniss. Doch ist ihre Schrift durchaus orthographisch, auch lernt sie Sprüche u. s. w. gut auswendig.

Die Sprechweise ist möglichst einsilbig. In ihrem Wesen ist sie ängstlich, scheu und verlegen, weint leicht, soll auch leicht heftig werden können. Die Aufmerksamkeit ist gering, der Thätigkeitstrieb und Bewegungstrieb sehr vermindert, so dass Patientin meist apathisch ohne Beschäftigung dasitzt. Patientin ist sich ihres krankhaften Zustandes wohl bewusst.

Es handelt sich hier um einen Fall von Zwergwuchs mit geistiger Entwickelungshemmung, in dem die Erscheinungen des Myxödems durchaus deutlich ausgebildet waren, bis auf den Haarwuchs fast wie in dem erst beschriebenen. Fälle dieser Art hat man als „sporadischen Cretinismus“ oder als „cretinoide Idiotie“ bezeichnet. Auf alle Fälle waren die Erscheinungen des Myxödems so charakteristisch, dass ich die Diagnose wenigstens mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit stellen konnte. Jeder etwaige Zweifel war aber beseitigt angesichts des Erfolges der Schilddrüsentherapie, die deutliches Besserwerden der sämmtlichen Myxödemerscheinungen, zugleich auch anscheinend ein wenn auch nicht erhebliches Wachsen im Gefolge hatte. Aeussere Gründe waren die Ursache, dass die Behandlung nicht energisch genug durchgeführt wurde, und auch die Beobachtung während der Behandlung nicht so genau und ununterbrochen stattgefunden hat.

Im Einzelnen gestaltete sich der Verlauf während der Behandlung folgendermaassen:

Am 15. VI. wurde mit der Darreichung von 1 1/3 g Schilddrüse (vom Schaf) in Substanz und roh begonnen. Am Abend etwas Uebelkeit. Am 16. VI. erhält Patientin 1 g. Am 17. VI. liegt Patientin Vormittags 1/2 11 Uhr noch zu Bett, befindet sich schlecht und klagt über Kopfweh und Mattigkeit; Puls 90, Temperatur im Mund 37,8.

Diese Störungen gehen in einigen Tagen vorüber. Am 24. VI. erhält sie wieder 1 g, am 5. VII. 1 g. Die Angehörigen bemerken bereits eine grössere Lebhaftigkeit der Patientin, sie erscheint regsamer, aufmerksamer und munterer, beschäftigt sich aus eigener Initiative, hat mehr Lust zu geben. Auch das Aeussere zeigt deutliche Veränderung. Ausser Kopfweh keine Beschwerden, Appetit besser als früher.

Am 27. VII. erhält sie 1 1/4 g; 2 Tage lang darauf Unwohlsein, Uebelkeit und Erbrechen, Kopfweh, Mattigkeit. Am 2. VIII. 1 1/4 g. Erbrechen unmittelbar nach dem Einnehmen durch Ekel. Am 12. VIII. 1 1/4 g, Tags darauf wieder Unwohlsein.

Am 3. IX. zurückgekehrt von einer mehrwöchentlichen Reise nahm ich folgenden Status auf:

Patientin hat seit Beginn der Cur ein auffallend verändertes Aussehen bekommen. Die Anschwellungen haben überall deutliche Verminderung erfahren; das Gesicht erscheint viel weniger gedunsen, die Lidspalte grösser; die Gesichtsform ist hübscher und zierlicher

13) S. den Bericht über den Congress, d. W. No. 17, S. 328.

geworden, dabei die Farbe gesunder. Namentlich hat sich auch die Anschwellung der Brusthaut vermindert, und der Leib ist ganz klein und weich geworden. Ebenso zeigen die Anschwellungen der Extremitäten, namentlich der Füsse, deutliche Abnahme, die Schuhe z. B. sind viel zu weit geworden. Die Epidermis ist weicher und geschmeidiger und zeigt keine kleienartige Abschuppung mehr. Die Nägel zeigen ein den Angehörigen auffallendes stärkeres Wachsthum und sehen glatt und glänzend aus. Das Kopfhaar ist deutlich dichter geworden, die Augenbrauen sind hübsch gewachsen, im Gesicht viel neue Wollhaare, sonst weniger deutlich bemerkbar.

Patientin ist auffallend beweglicher geworden. Sie vermag z. B. jetzt selbst ihre Stiefeln anzuziehen, wozu sie früher ausser Stande war, und geht viel flinker und elastischer als sonst. In ihrem ganzen Wesen ist eine viel grössere Regsamkeit und Munterkeit zu bemerken. Das subjective Gefühl der Schwäche ist besser geworden, sie klagt selten noch über Müdigkeit. Der Appetit ist besser als früher. Das Kältegefühl der Hände und Füsse besteht noch etwas, nachdem es schon vorübergehend besser war. Die Kitzelreflexe der Fussohle sind nicht zu constatiren.

Sämmtliche Umfangs-Maasse sind gegen früher vermindert: Hals $25^1/_2$, Brust 58, Leib $62^1/_2$ (früher 69), Oberarm $15^1/_2$ und 15, Unterarm 16, Oberschenkel 32—$32^1/_2$, Unterschenkel 22—23 cm. Das Gewicht hat sich auf $22^1/_2$ kg vermindert. Das Längenmaass des Körpers ist jetzt reichlich 110 cm. — Am 27. IX. beträgt letzteres 111 cm.

Wenn, wie ich überzeugt bin, ein Fehler der Messung nicht vorliegt, so hat also ein Wachsen um 2 cm stattgefunden. Obwohl nun dieser Fortschritt ein absolut grosser nicht ist, so ist doch in Anbetracht der verhältnissmässig kleinen und wenigen Schilddrüsendosen, die Patientin erhalten hat, und des Umstandes, dass bei ihrem Alter ein starkes Wachsen von vorneherein nicht zu erwarten stand, das Resultat immerhin bemerkenswerth.

Nachdem nun seit 12. VIII. keine Darreichung von Schilddrüse stattgefunden hatte, begannen Ende September die Anschwellungen wieder zuzunehmen, namentlich wurde der Leib stärker und härter. Auch das geistige Wesen erschien wieder stumpfer und schwertälliger.

Es wurde deshalb am 6. X. von Neuem mit der Fütterung von Schilddrüse begonnen, und soll diese zunächst in 8 tägigen Intervallen fortgesetzt werden. Auch jetzt trat ein leichtes mehrtägiges Unwohlsein, leichter als früher nach den ersten Darreichungen, ein. Die erneute Besserung ist schon jetzt (17. X.) deutlich erkennbar.

Während Sie, meine Herren, auch in diesem Fall ein Myxödem höheren Grades mit ausgesprochener Idiotie erkennen, bietet die Schwester ein viel weniger ausgebildetes Krankheitsbild.

Ich schicke der Besprechung dieses Falles voraus, dass bereits mehrfach das gleichzeitige Vorkommen der Krankheit bei 2 Geschwistern beobachtet worden ist, so (nach Eichhorst, Path. und Therapie) von Senator an 2 Schwestern, ferner von Ball bei dem Vater und 2 Töchtern, sodann von Melville Dunlop[14]) bei einer Mutter und ihren beiden Zwillingstöchtern. In 2 männlichen Fällen von Hun und Prudden[15]) zeigte eine Reihe von Geschwistern eine mildere Form von Myxödem. Das gleichzeitige Vorkommen der Affection bei Geschwistern mit Freisein der beiden Eltern, wie in unserem Fall, ist als sogenannte „collaterale Vererbung“ aufzufassen.

Fall III. Anamnese: Patientin ist 35 Jahre alt; über die Familienverhältnisse siehe Fall II. Patientin ist in der Gegend des Harzes geboren und auferzogen, bis sie in ihrem 12. Lebensjahr nach Cassel kam. Sie ist von der Mutter selbst gestillt worden, hat zeitig laufen und sprechen gelernt und gerade Beine gehabt. Sie hat in der Kindheit Masern, Brustfieber, Windpocken, Gürtelrose durchgemacht, war aber im Ganzen ein sehr gesundes Kind und auch in ihren späteren Jahren eigentlich stets gesund, abgesehen von öfterer Bleichsucht (?). Schon in ihren ersten Lebensjahren war sie von auffallender Kleinheit und wuchs sehr langsam, doch hat einmal später in kurzer Zeit ein schnelles und relativ bedeutendes Wachsthum stattgefunden. Ihre geistige Entwickelung bot in keiner Beziehung etwas Abnormes dar, im Gegentheil hat sie namentlich in der Schule sehr gute Fortschritte gemacht und stets den ersten Platz eingenommen. Einen auffallend dicken Leib und auffallend dicke Hände hat sie schon als Kind gehabt; dies ist sehr deutlich auf einer mir vorliegenden Photographie aus dem Alter von ca. 14 Jahren zu erkennen. Die jetzige Hautbeschaffenheit und Haarwuchsverhältnisse sind seit Jahren die nämlichen gewesen.

Die jetzigen Beschwerden beziehen sich erstens auf ein starkes Gefühl von Müdigkeit, das Morgens nach dem Aufstehen so gross ist, dass Patientin sich wie „gelähmt“ fühlt, das aber im Laufe des Tages allmählich abnimmt. Sodann wird über ein häufiges Gefühl von Kälte geklagt, im Rücken und besonders in den Händen und Fingern, etwas weniger in den Füssen. Sie hat ferner sehr oft das Gefühl von Absterben der Finger und Nägel, wobei die Nägel bläulich und kalt werden. Sie schwitzt nie, höchstens einmal im allerheissesten Sommer. Der Schlaf ist vielfach durch schwere Träume gestört. Sonstige Störungen fehlen, namentlich ist die Verdauung und Urinentleerung ungestört. Sie ist nie menstruirt gewesen.

Status praesens am 9. October 1893:

Patientin ist eine zierlich und proportionirt gebaute Person, 125 cm hoch, also einem Kinde von 10 Jahren ihrer Grösse nach entsprechend, 34 Kilo schwer. Der Kopf ist normal gebildet, relativ gross, das Gesicht hübsch, die Extremitäten von annähernd normalen Proportionen zum Rumpf, die Füsse und Hände klein und zierlich. Auffallend ist dagegen sofort der starke Leib. Die Körpertemperatur (im Mund) beträgt 36,4° C.; der Puls 64 p. m.; klein, leer, tardus. Die Extremitäten fühlen sich kühl an.

Die Gesichtsfarbe ist ziemlich blass, mit einem Stich in's Gelbliche. und schwacher Röthung der Wangen. Die Ohren blassröthlich durchscheinend. Die sichtbaren Schleimhäute blass.

Während im Gesicht höchstens an den Backen und unterhalb der Kieferränder die Haut ganz wenig gedunsen, im Uebrigen aber geradezu welk erscheint, zeigt sich am unteren Theil des Halses deutliche Hautschwellung, insbesondere in den Fossae supraclaviculares deutliche elastische Polsterbildung. Noch auffallender aber ist die Haut der ganzen oberen Brustgegend wie ödematös, alabasterartig, aber etwas gelblich, durchscheinend; auch die Rücken- und Bauchhaut in ähnlicher Weise verdickt. An den Extremitäten ist nur sehr wenig von Anschwellung zu finden. Nirgends ist die Hautgeschwulst durch den Fingerdruck eindrückbar. Die Maasse sind folgende: Hals 29, Brust 72, Leib 84, Oberarm 21, Unterarm 19, Unterschenkel 27 cm.

Die Haut ist überall auffallend trocken, die Epidermis spröde, am Rücken und den Beinen schilfernd. An den Vorderarmen und über der Oberlippe spärlicher Flaum, sonst absoluter Mangel des Wollhaares. Der Kopf zeigt sehr dünnes glanzloses Haar, die Brauen sind mässig dünn, die Wimpern gut entwickelt, die Achseln kahl, Pubes fehlend. Die Nägel zeigen gute Bildung.

An den Lippen, der Zunge, dem Gaumen und Rachen keine Verdickungen. Die Zähne sind recht gut, nicht gerieft, das Zahnfleisch normal.

Eine Schilddrüse ist nicht zu finden.

Die Stimme ist infantil hoch, aber rein und schön, von auffallend weichem sympathischem Klang. Mammae unentwickelt, Herz- und Respirationsorgane normal. Der Magen, Darm und die übrigen Unterleibsorgane zeigen normalen Befund.

Die Sinnesorgane functioniren normal; nur besteht links hochgradige Schwerhörigkeit, bei negativem Ohrenspiegelbefund.

Die Hautsensibilität normal. Die Reflexerregbarkeit der Haut (Handteller, Fussohle) herabgesetzt. Patellarreflex deutlich vorhanden.

Die Motilität zeigt keine Abweichungen; der Gang ist nicht wackelnd; alle Bewegungen erfolgen ziemlich schnell. Patientin besitzt ein ungewöhnliches Geschick in den Händen, zeichnet und malt sehr schön. Sie ist ambidextra.

Das geistige Verhalten zeigt sich durchaus normal: hoch entwickelte Intelligenz, gutes Gedächtniss, keine abnorme Ermüdbarkeit, grosse Willensenergie und Thätigkeitstrieb, die Stimmung heiter und zufrieden.

Da dringende Gründe für ein therapeutisches Eingreifen nicht vorlagen, da namentlich ein Wiedereintritt des Wachsens bei dem vorgeschrittenen Alter nicht in Aussicht gestellt werden konnte, da andererseits die Patientin Bedenken trug, sich öfters einem vielleicht Tage lang dauernden, wenn auch leichten Unwohlsein auszusetzen (wie sie es bei der Schwester sah), während ihre Thätigkeit im Haus unentbehrlich war, so wurde von einer Behandlung abgesehen, und eine solche nur eventuell bei etwa einmal eintretenden schlimmeren Symptomen in Aussicht genommen.

Meine Herren! Nachdem ich Ihnen zuerst einen Fall von typischem Myxödem bei einer Erwachsenen beschreibend vorgeführt, haben Sie in den beiden letzten die Folgeerscheinungen der schon in der frühesten Kindheit eingetretenen Krankheit erkennen können. Warum bietet nun die erstere dieser beiden Patientinnen die Erscheinungen der Idiotie, während die andere davon gänzlich frei ist? Es ist schon nach der Anamnese kaum wahrscheinlich, dass die Entstehung des Myxödems bei der älteren Schwester in eine spätere Lebensperiode fällt, als bei der jüngeren, vielmehr ist anzunehmen, dass, wie Bourneville[16]) für solche Fälle angibt, in beiden der Beginn der Krankheit schon in das erste Lebensjahr fällt, während die Krankheitsanlage als eine schon congenitale betrachtet werden muss. Bedeutung wird man dem Umstande beizumessen haben, dass bei der älteren Schwester die ganze Krankheit, wie aus der viel geringeren Entwickelung der äusseren Erscheinungen des Myxödems zu entnehmen, einen viel weniger bedeutenden Grad erreicht zu haben scheint.

[14]) Münchener med. Wochenschrift 1893, No. 10. Bericht über die Sitzung der Edinb. medico-chir. Society vom 15./16. Februar 1893.

[15]) American Journal, July und August 1888, referirt in Virchow's Jahresbericht pro 1888, S. 352.

[16]) Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (Idiotie myxoedemateuse), Progres med. No. 26—34, 1890.

Es ist aber sehr wohl möglich, dass hier andere Umstände mitspielen, die sich bis jetzt in ihrer Wirkungsweise unserem Verständniss entziehen.

Nachdem durch das Resultat der pathologisch-anatomischen Untersuchungen, welche bei dem spontanen Myxödem Schrumpfung der Thyreoidea ergaben, durch das Auftreten des Myxödems nach chirurgischer Entfernung der Drüse, ferner durch die Möglichkeit der — wenigstens temporären — Beseitigung der Krankheitserscheinungen durch Zufuhr von Schilddrüse in einer der besprochenen Formen, unwiderleglich dargethan ist, dass in dem Schwund dieser Drüse die Ursache des Myxödems gesucht werden muss, ist es von grösstem Interesse festzustellen, dass eine Krankheit, welche regelmässig mit Vergrösserung der — im Uebrigen meist nicht wesentlich veränderten — Schilddrüse verbunden ist, nämlich der Morbus Basedowi, in fast allen wesentlichen Symptomen das gerade Gegentheil von denen darbietet, welche wir bei dem Myxödem finden. Möbius[17]) hat zuerst hierauf aufmerksam gemacht und dies später weiter ausgeführt[18]). Möbius sagt: „In gewissem Sinne ist das Bild des Myxödems das Gegenstück zur Basedow'schen Krankheit: hier Vergrösserung, dort Verkleinerung der Schilddrüse, hier Beschleunigung, dort Verlangsamung der Herzthätigkeit, hier Verdünnung, dort Verdickung durch Mucinanhäufung, Kälte, oberflächliche Trockenheit der Haut, hier Steigerung der faradischen Erregbarkeit, reizbare Schwäche, dort Stumpfheit und Langsamkeit". Ich möchte diese Parallele noch näher ausführen und vervollständigen — namentlich in Hinblick auf die Befunde von 4 mir zufällig jetzt gleichzeitig zur Verfügung stehenden Fällen der Basedow'schen Krankheit — und daran erinnern, dass hier (bei M. B.) häufig Erhöhung der Bluttemperatur, dort (bei M.) Temperaturherabsetzung, hier subjectives Hitzegefühl, dort Kälteempfindung, hier ein voller, schnellender Puls, oft mit der subjectiven Empfindung des Arterienklopfens, dort ein leerer Pulsus tardus, hier Erhöhung der Hautreflexe (Sohlenreflex verstärkt, starke Reaction gegen Hautreize, z. B. Sinapismen, welche Blasen ziehen können, Erregung des sogenannten Trousseau'schen Cerebralflecks durch einfaches Streichen der Haut), dort Fehlen der Hautreflexe (kein Sohlenreflex, kein Eintritt von Hautröthung nach Sinapismen, beim Reiben und Bürsten der Haut), hier Hyperästhesie der Sinnesorgane (Empfindlichkeit gegen Licht, Schall, etc.), dort Herabsetzung der Reizbarkeit derselben, hier erhöhte Muskelerregbarkeit (Tremor, zuweilen Crampi), dort Herabsetzung und Verlangsamung der Motilität, hier Neigung zu Durchfällen, dort zu Verstopfung besteht; ich füge noch den erwähnten Unterschied in der Schweissbildung ergänzend hinzu, dass manchmal übermässige Hauttalgsecretion (mit Akne und Comedonenbildung) bei M. B., dagegen spröde, fettlose Haut bei M. besteht. Nehmen Sie zu allem diesen noch die Thatsache, dass zu beliebigen Kröpfen Zeichen der Basedow'schen Krankheit in mehr oder minder grosser Zahl hinzutreten können, ferner die günstigen und mehr und mehr bestätigten Resultate der theilweisen Kropfexcision bei M. B. hinzu, so kann kaum noch ein Zweifel bestehen, dass, wie das Myxödem durch eine Aufhebung der Function der Schilddrüse, die Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit durch eine krankhafte Reizung der Function dieser Drüse hervorgerufen werden.

Es steht also wohl in Aussicht, dass demnächst in den Lehrbüchern der Pathologie diese beiden Krankheiten von den allgemeinen Neurosen mit unbekannter Grundlage abgetrennt werden und für sie ein besonderer Abschnitt „Krankheiten der Schilddrüse mit folgenden Allgemeinerscheinungen" gebildet werden wird. In diesen Abschnitt würde dann vielleicht als dritte Krankheit der endemische Cretinismus zu setzen sein.

Meine Herren! Gestatten Sie mir zum Schluss noch folgendes anzuregen: Wenn durch übermässige Function der Schilddrüse, durch krankhaft gesteigerte Bildung ihres — unbekannten, doch offenbar ins Blut gelangenden — Secretes, die Erscheinungen des Morbus Basedowii hervorgerufen werden, wenn andererseits durch die Wirksamkeit der inneren Myxödembehandlung mit Schilddrüse bewiesen ist, dass dieses Secret, auch in den Verdauungscanal eingeführt, auf diesem Umwege[19]) ins Blut gelangt[20]) — denn nur so ist doch die eintretende Wirkung zu erklären —, so liegt es meines Erachtens sehr nahe zu vermuthen, dass, wenn man einem gesunden Menschen mit normal functionirender Schilddrüse per os ein weiteres Quantum des Secrets dieser Drüse (resp. die ganze Drüsensubstanz selbst) geben würde, dass dann die Erscheinungen des Morbus Basedowii erzeugt werden könnten. Diesen Versuch hat an sich selbst nun bereits Nielsen[21]) unternommen, indem er während ein paar Wochen versuchsweise $1/2$ Drüse alle 2 Tage eingenommen hat — aber mit durchaus negativem Erfolg. Trotzdem möchte ich diese Frage noch nicht für abgeschlossen halten, und möchte anregen, dass dieser Versuch doch noch systematisch, namentlich vielleicht auch einmal an einem weiblichen Individuum, wiederholt werden möchte. Fielen auch wiederholte Versuche negativ aus, dann kämen wir fast nothwendiger Weise zu der Annahme einer Regulationseinrichtung, durch welche ein Uebermaass des Schilddrüsensecretes im gesunden Organismus unschädlich gemacht würde, und wohl weiter zu der Annahme, dass bei der Basedow'schen Krankheit auch diese Regulation gestört sein müsste.

Nachtrag. Kurz nach dem Abschluss obiger Arbeit, theilt in der D. med. Wochenschrift vom 26. October 1893 Vermehren die Resultate von Fütterungsversuchen mit Thyreoidea mit, die er parallel mit solchen an Myxödemkranken an gesunden bezw. anderweit erkrankten Individuen angestellt hat. Die Versuche bezogen sich in erster Linie auf Bestimmung der Stickstoffausscheidung und hatten bei 3 jüngeren (von 7 bis 28 Jahren) ein bis auf Vermehrung der Diurese in 2 Fällen negatives Resultat, bei drei älteren (über 50 Jahre) ausser deutlicher Vermehrung der N-Ausscheidung eine Reihe von charakteristischen Erscheinungen im Gefolge: in allen 3 Fällen bedeutenden Gewichtsverlust, in einem geringe Temperatursteigerung, in zweien bedeutende Vermehrung der Pulsfrequenz, in einem Beschleunigung der Respiration, in zweien eine Vermehrung, in einem dagegen eine Verminderung der Diurese, in diesem letzten aber zugleich mit einer profusen Schweissbildung.

Feuilleton.

Nachruf für Rudolph Kaltenbach.[1])

Mir, als seinem einzigen akademischen Schüler, ist der ehrenvolle Auftrag zu Theil geworden, vor dem Vereine der Aerzte einen Nachruf unserem hochverehrten Mitgliede, meinem unvergesslichen Lehrer, Rudolph Kaltenbach, zu halten. Diese Aufgabe ist für mich schwer. Gerne hätte ich sie in anderen, berufeneren Händen gesehen, da ich fürchte, nicht objectiv genug urtheilen zu können, — dafür stand ich dem Verstorbenen doch zu nahe. Indess, ich will es versuchen, so gut ich kann.

Blättern wir in der Geschichte der Medicin, so tritt uns alsbald die bemerkenswerthe Thatsache entgegen, dass der wichtige Zweig der Frauenheilkunde Jahrhunderte lang nur geringe Fortschritte gemacht hat, trotzdem er auf ein ebenso ehrwürdiges Alter zurücksieht, als der mitdazugehörige der Geburtshilfe. Ja, vor nicht allzu langer Zeit gab es noch genug Aerzte, die eine eingehendere Behandlung der Frauenleiden

[17]) Schmidt's Jahrb. 110, S. 237, 15./7. 1886.

[18]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 1, S. 439.

[19]) Für den merkwürdiger Weise ein physiologisches Analogon in der vergleichenden Anatomie zu finden ist. Es stellt nämlich die Thyreoidea der Tunicaten ein offenes in den Darm mündendes Drüsenorgan dar (die sog. Bauch- oder Hypobronchialrinne), dessen Wände eine schleimige Substanz absondern, die durch Cilienbewegung mit den Nahrungspartikeln in den Oesophagus befördert wird. (Gegenbauer, Vergl. Anatomie, II. Aufl., S. 425.)

[20]) Eine, wie mir scheint, nicht schlecht begründete Hypothese über die physiologische Bedeutung des Secrets der Schilddrüse stellt Nielsen l. c. auf.

[21]) l. c.

[1]) Gehalten im Verein der Aerzte zu Halle a. S.

für unnöthig oder gar für schädlich hielten. Jetzt hat jede Universität ihre gynäkologische Klinik, überall dringt die Wichtigkeit unseres Faches durch und glänzend sind die Erfolge der operativen Gynäkologie geworden — und dies Alles in wenig mehr wie 40 Jahren.

Fragen wir uns, wie dies gekommen ist, welchen Männern wir diesen Aufschwung verdanken, so ist die Antwort nicht schwer. Nachdem die instrumentelle Freilegung der inneren Genitalien durch den genialen Sims in ungeahnter Weise verbessert und der Werth der combinirten Untersuchungsmethoden durch Holst klar gelegt worden war, dauerte es nicht lange, bis ein deutscher Name nach dem anderen auf den Plan trat und das, was amerikanische und englische Aerzte begonnen hatten, in neue Bahnen lenkend in hervorragendster Weise ausbildeten und neu gestalteten.

Unter diesen Männern begegnen wir schon früh Simon und Hegar, die beide, in Darmstadt lebend und zusammenarbeitend, sich mit Eifer der vernachlässigten Gynäkologie annahmen. Indess hörte bald das segensvolle Zusammenwirken dieser beiden Männer durch ihre Berufungen an deutsche Hochschulen auf. Hegar kam nach Freiburg i. Br., und hier entdeckte er und erzog er sich einen Schüler bester Art, mit dem es ihm späterhin beschieden sein sollte, ein epochemachendes Werk zu veröffentlichen, das in der Gynäkologie einen mächtigen Fortschritt einleitete. Dieser Schüler war unser Kaltenbach, dessen äusserer Lebenslauf, wenn auch reich an Ehren und Erfolgen, doch im Allgemeinen einen ruhigen und ungestörten Verlauf genommen hat.

Kaltenbach war am 12. Mai 1842 in Freiburg im Breisgau als der Sohn eines angesehenen Weinhändlers geboren. Seine Gymnasialstudien begann er in Freiburg, setzte sie in Schnepfenthal fort, wo unser gleichfalls allzu früh verstorbener College Hochheim sein Lehrer war, und beendigte sie in seiner Vaterstadt. Dem Studium der Medicin widmete er sich in Berlin, Wien und Freiburg. Namentlich der Aufenthalt in Wien erwies sich fruchtbar für seine spätere Laufbahn. Hier sass er zu Füssen Hyrtl's, vor Allem aber Rokitansky's, und oft erzählte er, wie er zu jeder Section dieses Altmeisters geeilt sei und sich so seine umfassenden gründlichen anatomischen Kenntnisse verschafft habe. Wie fruchtbar gerade dieser Unterricht für Kaltenbach gewesen war, geht unter Anderem daraus hervor, dass, als er im Jahre 1865 in Karlsruhe sein Staatsexamen ablegte, einer seiner Examinatoren in der Anatomie derart von ihm auf den Sand gesetzt wurde, dass dieser seinen Abschied nehmen musste. Im gleichen Jahre wurde er in Freiburg promovirt, um alsbald nach dem schönen Wien zurückzueilen. Hier fand er unter der Leitung seines Onkels, des damals so angesehenen Chirurgen, Freiherrn v. Dumreicher, reichlichste Gelegenheit, sich in der chirurgischen Technik zu üben. Ich selbst habe noch das Glück gehabt, diesen hervorragenden Lehrer der Chirurgie kennen zu lernen und begreife deshalb wohl, warum Kaltenbach ihn immer so hoch geschätzt hat und wieso er durch dessen Unterricht ein ausgezeichneter Operateur werden sollte. Zwei Jahre verweilte er dort in der Stellung eines Operationszöglings, dann zog es ihn wieder nach seinem geliebten Baden zurück, trotz der guten Aussichten, die er in Oesterreich gehabt hatte, zumal er den Krieg 1866 entgegen seinen politischen Ansichten auf österreichischer Seite als Assistent Dumreicher's mit Auszeichnung durchgemacht hatte.

Nach seiner Rückkehr trat Kaltenbach 1867 bei Hegar als Assistent ein, als welcher er sich 1868 für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitirte. Dieses Jahr sollte für ihn überhaupt ein Glücksjahr werden, denn es liess ihn nicht nur seine inniggeliebte, treue Lebensgefährtin finden, sondern auch alsbald heimführen, die ihn im gleichen Jahre mit Zwillingen beschenkte, denen späterhin noch 7 Kinder folgen sollten, — ein Glück, das der Verstorbene nie hoch genug preisen konnte.

Unter der unmittelbaren Leitung Hegar's lernte er sein Fach beherrschen, bis er 1873 zum ausserordentlichen Professor ernannt wurde. Zwischendurch machte er als eifriger und glühender Patriot, der er sein ganzes Leben gewesen ist, den Krieg gegen Frankreich mit, in welchem er angestrengt thätig war während der Belagerungen von Strassburg, Schlettstadt, Belfort, wo er die Lisaine sah, bis er vor letzterer Festung schwer an Typhus erkrankte. Für seine unter den so ungünstigen äusseren Umständen einer Belagerung bewiesene Pflichttreue blieb die verdiente Auszeichnung seitens seines Landesherren nicht aus.

Während der nächsten 10 Jahre des Lernens und Wartens als ausserordentlicher Professor blieb Kaltenbach im losen Verbande zur Hegar'schen Klinik, wo er durch die seltene Liberalität seines Lehrers die grossen Operationen aus seiner Privatpraxis ausführen durfte. Damals entstanden zahlreiche werthvolle und bahnbrechende Arbeiten, die aber, weil Kaltenbach vielfach eigene Wege einschlug, nicht in dem Maasse die Aufmerksamkeit der damaligen wissenschaftlichen Welt auf den jungen Gelehrten lenkten, wie man dies hätte erwarten sollen. 1872 wurde England in Gemeinschaft mit A. Martin besucht, — eine Reise, die seine Anschauungen zwar erweiterte, ihn aber doch nur noch stolzer auf deutsches Wissen machte, wie er dies stets den Ausländern gegenüber geltend machte. So kam das Jahr 1883 heran, in dem er den ehrenvollen Ruf nach Giessen als ordentlicher Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe erhielt. Oft hat er mir von diesem ersten Rufe erzählt, wie er damals schon lange an dem Weiterkommen verzweifelt habe, insbesondere seitdem er durch eine schwere Infection bei Ausübung seines Berufes im Jahre 1878 ein steifes Knie davongetragen hatte. Dankbar gedachte Kaltenbach deshalb auch immer der hessischen Regierung, die ihn aus dem Dunkel an das Licht hervorgeholt habe, wie er sich auszudrücken pflegte. In Giessen weilte er sehr gerne, wie er sehr bald weithin ein gesuchter Consiliarius wurde; sein Ruf reichte weit über die Grenzen des Landes. Studirende wie Kranke wurden durch sein liebenswürdiges Wesen bezaubert, die Aerzte achteten ihn wegen seiner hochausgebildeten Collegialität und seines ausgedehnten Wissens. Daneben erwarb er sich um die dortige Klinik hohe Verdienste, wie es ihm auch gelang, den Bau der neuen, mustergiltigen Frauenklinik bei den Ständen durchzusetzen und die ersten Pläne zu entwerfen. Doch musste er den Ausbau und die Vollendung Hofmeier und Löhlein überlassen, da er inzwischen im Jahre 1887 als Nachfolger Olshausen's nach Halle a/S. an eine der grössten Kliniken Deutschlands berufen wurde. Das, was ihn nach Halle zog, war das grosse Material, an dem er seine Erfahrungen vervollständigen konnte, das ihn zu neuen Arbeiten anregte, ihn zu bedeutungsvollen Beobachtungen veranlasste und das ihn bewog Halle treu zu bleiben. Ich erinnere mich deutlich, wie er mir im Jahre 1888 erzählte, wie überrascht er sei von dem an seltenen Fällen so überreichen Materiale. Von jetzt an folgten rasch die Auzzeichnungen aufeinander. Anlässlich eines ausgeschlagenen, sehr ehrenvollen Rufes nach Würzburg wurde er durch die Gnade Seiner Majestät im Jahre 1888 zum Geheimen Medicinalrathe befördert, und im Jahre 1892 zum Ritter des rothen Adlerordens ernannt. Sein Stern war noch im Steigen, als er uns am 21. October 1893 Morgens früh $1^1/_4$ Uhr entrissen wurde, völlig unerwartet, weil er sich von Niemandem untersuchen und behandeln liess, mitten aus seiner Thätigkeit heraus, wie er sich stets und oft gewünscht hatte.[2])

Kaltenbach's Charakter war ein eigenthümlicher und in sich befestigter, den man näher kennen lernen musste, um ihn völlig und gerecht verstehen zu können. Vor allem zeichnete ihn eine ausgeprägte Liebe zur Ehrlichkeit, Wahrheit und Aufrichtigkeit aus, die er bis zur eigenen persönlichen Schädigung durchführte. Seine Natur war durch und durch ehrlich, die stets den geraden Weg ging und die krummen auf das äusserste verabscheute. Nichts war Kaltenbach verhasster, als wenn er auf das Gegentheil hiervon traf, nichts betrübte ihn mehr und machte ihm mehr Sorge, als wenn er merkte, dass seine Schüler ihm gegenüber nicht offen waren und angerichteten Schaden zu verbergen suchten. Seine Wahrheitsliebe zeigte sich in seinem ganzen Leben überall, wo er gewesen war. Niemals verschwieg er seinen Schülern einen

[2]) Die Section ergab Atheromatose der Kranzarterien mit consecutiven myocarditischen Veränderungen meist jüngeren Datums.

begangenen Fehler, eine Fehldiagnose oder ein vorgekommenes Unglück. Seine Epikrisen vor seinen klinischen Zuhörern waren nicht zum wenigsten dadurch werthvoll, dass sie Muster von Aufrichtigkeit waren. Wie weit er in dieser Beziehung ging, mag Ihnen folgender Fall darlegen: Gelegentlich einer sehr schwierigen vaginalen Ausschälung eines breitbasig inserirenden fibrösen Uteruspolypen zog Kaltenbach, fortgerissen von dem Eifer des Lehrens, unversehens zu stark an der Geschwulst, der Uterus stülpte sich um, wobei er sich von seinen linksseitigen Anhängen völlig losriss. Nur mit Mühe gelang es, die starke Blutung theils von der Scheide aus, theils von der Bauchhöhle her zu stillen und die Frau zu retten. Kaltenbach schwankte jedoch keinen Augenblick vor der gesammten Klinik eine scharfe Kritik dieses Unglückes zu geben, wobei er so weit ging, dass er sich selbst eines Kunstfehlers zeihen wollte — ich glaube, meine Herren, dieser Beweis seiner Aufrichtigkeit genügt. Mit Recht rühmt ihm desshalb Fritsch Zuverlässigkeit in seiner Statistik und Treue in der Beurtheilung seiner Erfolge nach.

Bei dieser ausgeprägten, rühmenswerthen Charaktereigenschaft konnte es natürlich nicht ausbleiben, dass Kaltenbach vielfach Anstoss erregte und sich schon früh in seiner Laufbahn Feinde zuzog, was wohl die Veranlassung zu seinem etwas verschlossenen Wesen abgab. Die etwas rauhe Hülle liess nicht immer gleich den Kern erkennen, den sie barg. Dies und der Umstand, dass er mancherlei Enttäuschungen in seinem Leben ausgesetzt war, weil er sich einer ausgedehnten Protection nicht erfreute und solche auch nicht zu erstreben suchte, wie er mir dies oft genug betonte, erzeugten bei ihm einen Zug des Misstrauens, der immer schärfer hervortrat, um allerdings in den letzten Jahren wieder zu schwinden, ein Zug, der ursprünglich keineswegs in seinem offenen, allezeit ehrlichen Charakter begründet war. Noch an seinem Todestage setzte er uns anlässlich eines bestimmten Falles auseinander, wie und wodurch er misstrauisch und verschlossen gegen die Welt geworden war, wobei er nicht unterliess uns zu warnen, allzu offen und vertrauensselig zu sein.

Ueber sein wohlthuendes, liebenswürdiges Wesen brauche ich hier keine Worte zu verlieren, derjenige, dem das Glück zu Theil wurde, ihn im Kreise seiner Familie zu sehen, für die er als ausgezeichneter liebevoller Familienvater Tag und Nacht sorgte und schaltete, der muss zugeben, dass er von Grund aus eine liebenswürdige, harmlose Natur gewesen ist. Auch als Freund hat er sich stets bewährt, und zwar auch unter für ihn sehr schwierigen Verhältnissen. Auf seine Treue konnte man unbedingt bauen.

Kein Wunder, dass Kaltenbach ein Arzt im besten Sinne des Wortes werden musste. Nicht nur war seine Pflichttreue unermüdlich, wenn es sich um das Wohl der ihm vertrauenden Kranken handelte, sondern er empfand daneben ein tiefes Mitgefühl für deren Leiden und Schmerzen. Wie oft bedauerte er die kreissende Frau und suchte ihr die schweren Stunden, wenn es irgendwie angängig war, zu erleichtern, jedoch ohne jemals sich zu deren Schaden zu verwerflicher Polypragmasie im Operiren verleiten zu lassen. Aber auch der kranken Frau zeigte er eine solche zarte Schonung ihres Schamgefühles, eine solche liebenswürdige Theilnahme an ihrem Schicksale, zumal nach schweren Operationen, wie Wenige es von ihm vermuthet haben werden. Seine Energie war eine bewundernswerthe, wenn es sich um die Sorge und das Wohl seiner Kranken handelte, selbst in den Tagen geschwächtester Gesundheit. So noch an seinem letzten Tage, wenige Stunden nach dem ersten Schwächeanfall, wo er eine sehr schwierige Operation vor hatte und alle Details des beabsichtigten Eingriffes in jeder Richtung sorgfältig erwog. Man musste nur einmal seine Sorge um irgend eine Entbundene oder Operirte gesehen haben, ganz gleichgültig welchen Standes, um diese Energie bewundern zu können. Wie oft hat er uns nicht zu sich gerufen oder uns aufgesucht, um bedenkliche Fälle vor oder nach der Operation zu besprechen, dieses oder jenes Mittel noch anzuwenden, von dem er noch Heilung oder Rettung erhoffte. Einen Todesfall, selbst wenn er doch nicht zu verhindern gewesen war, trug er tagelang mit sich herum, ja, noch nach Monaten und Jahren kam er gelegentlich auf diesen oder jenen Fall bedauernd zurück. Nächte lang überlegte er, ob er nicht besser auf diese oder jene Weise hätte verfahren sollen. So arbeitete er unermüdlich an sich selbst und so entstand die ihm eigenthümliche Klarheit und Treue in der Kritik seiner Erfolge und der Aufschwung seines technischen Könnens.

Kaltenbach galt nur das Wohl seiner Kranken, er operirte niemals auf Statistik hin, wie er wenig Werth auf rasches Operiren legte, obgleich er selbst darin hervorragend war. Niemals liess er sich aus Eitelkeit oder Modelust zu einer Operation hinreissen, die er nicht für absolut nützlich für die Kranke erachtet hätte, und vermied wenn irgend möglich, jeden operativen Eingriff. Und dies alles, trotzdem er ein äusserst geschickter, origineller Operateur war — nur sehr wenige der Lebenden werden ihm hierin gleich gekommen sein! Sein scharfer Blick liess ihn in der kürzesten Zeit die verwickeltsten Fälle auseinanderwirren. Seine Kühnheit war so gross, dass er vor keinem, wenn auch noch so schwierigem Eingriffe zurückschreckte — sofern nur eine gewisse Aussicht auf Erfolg vorhanden war. Dabei war Kaltenbach in der technischen Ausführung von solch gewissenhafter Sorgfalt, dass sehr hervorragende Operateure sich darüber wunderten, worauf er nicht wenig stolz war. So kam es, dass ihm die schwersten plastischen Operationen nur ganz ausnahmsweise misslangen. Ja, er lebte so im Interesse seiner Kranken, dass ich nicht anstehe zu sagen, dass die ewige Sorge, die er mit sich trug, zusammen mit der grossen Arbeitslast, die auf seinen Schultern ruhte, sowie die äusserste Anspannung aller seiner Kräfte, um einen jeden Eingriff tadellos verlaufen zu lassen, ihm ein gutes Stück seines Lebens gekostet hat — er ist dadurch frühzeitig gealtert.

Ein Arzt muss aber auch ein Krankenpfleger sein; Kaltenbach war einer der besten, die ich gekannt habe. Er wusste nicht nur alle Feinheiten der Pflegekunst, sondern er scheute sich nicht, sie selbst auszuüben. Niemals zögerte er einen Augenblick, sich bei der Lagerung oder bei der Umbettung einer Kranken eigenhändig zu betheiligen oder etwa ein Kissen zurecht zu rücken, wenn gerade Mangel an Assistenz war. Freilich hatte er selbst mehr als einmal in seinem Leben an seinem eigenen Leibe kennen gelernt, was eine gute Pflege bedeutet und wie wohlthuend eine solche für den Kranken ist. Er ist uns allen ein gutes Vorbild in dieser Richtung gewesen.

Sein Blick als Arzt reichte aber noch weiter als die Krankenstube. In Kaltenbach schlug ein warmes, collegiales Herz für alle Fragen der ärztlichen Standesinteressen. Wie sehr er dies bethätigt hat, das wissen Sie ja, meine Herren, besser wie ich, namentlich wie er in schwerer Zeit eine Spaltung des Vereins verhindert hat. Wie oft hat er mir davon gesprochen, dass der Akademiker Hand in Hand mit dem Praktiker gehen müsse, dass Einer den Anderen benöthigt! So hielt er denn auch strenge darauf, dass seine Assistenten dem Vereine der Aerzte alsbald beitraten, und freute sich, wenn diese am Vereinsleben Geschmack fanden. Als treuer und echter College suchte er die Ehre des Standes nach allen Richtungen hin zu wahren, wie er ja auch stets bemüht war, mit seiner grossen Erfahrung Unglücksfälle zu decken und bedrängte Collegen vor Gericht zu schützen und zu entlasten, soweit dies irgend möglich war. Wohl Mancher wird es ihm noch danken.

Ein solcher Arzt musste auch ein ausgezeichneter Lehrer werden, zumal er allezeit ein warmer Freund der Studenten gewesen war. Sein Vortrag trug freilich nur selten rhetorischen Schwung, eigentlich nur dann, wenn er auf Familienverhältnisse, auf das Glück der jungen Mutter und den Schmerz gestörten Lebensglückes zu reden kam. Dafür zeichneten sich die klinischen Vorlesungen durch eine Klarheit und Schärfe des Ausdruckes aus, wie man dies nur selten findet. Kaltenbach's Bestreben ging stets dahin, bei möglichster Kürze den Kern der Sache zu erfassen, ohne dabei jedoch den Ueberblick über das Ganze zu verlieren. Das war seine Richtschnur, die er sich auch bemühte in allen seinen Arbeiten einzuhalten. Sein Vor-

trag war ferner ausgezeichnet durch die Schärfe seiner Beobachtungen und durch die enormen Erfahrungen, die ihm zur Seite standen und ihn befähigten, selbständig zu urtheilen. Wenn die Arbeitslast es ihm irgendwie gestattete, so bereitete er sich sorgfältig vor, suchte in Atlanten, Büchern und Präparaten hervor, was ihm seine reichhaltige Bibliothek und die reichen Sammlungen der Klinik gewähren konnten. Besonders interessant und lehrreich waren seine epikritischen Bemerkungen bei der Besprechung der oft hochpathologischen poliklinischen Geburtsfälle, zumal er wie kaum einer durch selbständige Erfahrungen dazu befähigt war. Wenn in Freiburg kein Arzt für eine Entbindung in den armen Gebirgsdörfern zu haben war, da wussten die Leute, dass Kaltenbach bereit war zu helfen. So wurde er auch ein ausgezeichneter praktischer Geburtshelfer, der freilich einen streng conservativen Standpunkt einhielt und dies stets als Lehrer seinen Schülern gegenüber vertrat und gegenüber den modernen Bestrebungen durchzusetzen wusste.

Wie sehr ihn die Studierenden verehrten, geht schon daraus hervor, dass seine Klinik sich stets der grössten Anzahl der Zuhörer erfreute und diese dankbaren Angedenkens sein Bild im Hörsaale stiften wollen. Wahrlich sie hatten Recht, als sie in einem Nachrufe an ihren Lehrer ihm nachrühmten: „Keine Mühe war ihm zu schwer, keine Unbequemlichkeit zu gross, wenn es galt, seinen Schülern Gelegenheit zum Lernen zu geben.“

Kaltenbach's wissenschaftliche Leistungen sind anerkannt vorzügliche gewesen. Nicht nur waren Hegar und Kaltenbach die einzigen gewesen, die im Jahre 1874 es überhaupt wagen konnten ein Lehrbuch der operativen Gynäkologie zu schreiben, sondern er hat auch auf allen Gebieten der Geburtshilfe bahnbrechende Arbeiten geliefert, zuletzt sein vortreffliches auf seinen eigenen Erfahrungen beruhendes Lehrbuch der Geburtshilfe. Doch es ziemt uns nicht als seine Schüler an seinen Werken Kritik zu üben, die insbesondere die Lehre der geburtshilflichen Operationen, sowie die der Physiologie der Geburt und die Lehre der Krankheiten der Schwangeren und der Wöchnerinnen wesentlich bereichert und erweitert haben.

Doch die Zeit drängt, meine Herren, ich müsste noch lange sprechen, wenn ich den Verdiensten des Verstorbenen, dieses sonst so bescheidenen, jedem Lobe aus dem Wege gehenden Mannes, der fremdes Verdienst allezeit gerne und freudig anerkannte, einigermaassen gerecht werden wollte. Kaltenbach's Name wird ja unverlöschlich in der Geschichte der Medicin prangen; wir aber, meine Herren, betrauern den Verlust eines unserer hochgeachtetsten Mitglieder, zugleich aber auch eines der besten Vertreter deutscher Wissenschaft. — Friede sei seiner Asche.

Verzeichniss der Werke von Kaltenbach.

Geburtshilflich.

1. Ueber die Nothwendigkeit eines Säuglingsasyls. Freiburg 1870 bei Wangler.
2. Ueber tiefe Scheiden- und Cervicalrisse bei der Geburt. Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk. Band II, Heft II.
3. Diffuse Hyperplasie der Decidua am Ende der Gravidität. Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk. Band II, Heft II.
4. Zur combinirten Wendung auf die Füsse nach Braxton-Hicks. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Band III, Heft I.
5. Zur Technik der Wendung aus Kopflage. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. Band III, Heft I.
6. Sectio caesarea wegen Carcinom des Rectums. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. Band IV, Heft II.
7. Amputatio uteri supravaginalis wegen Fibrom bei complicirender Schwangerschaft. Centralblatt f. Gynäk. 1880 No. 15.
8. Zur Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Beilage z. Centralblatt f. Gynäk. 1881 No. 21.
9. Erosionen der Brustwarze als puerperale Infectionsquelle. Centralblatt f. Gynäk. 1883 No. 5.
10. Ueber eine eigenthümliche Form von Centralruptur des Beckenbodens. Centralblatt f. Gynäk. 1883 No. 29.
11. Ist Erysipel intrauterin übertragbar? Centralblatt für Gynäk. 1884 No. 44.
12. Immunität im Lichte der Vererbung. Virchow's Archiv, 101. Band 1885.
13. Ueber einen Fall von Gravidität im rudimentären Nebenhorn eines Uterus unicornis. Vortrag auf der Freiburger Naturforsch.-Versammlung.
14. Zur Prophylaxis der Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen. Verhandlg. d. deutsch. Gesellsch. für Gynäkologie 1886.
15. Ueber Uterusrupturen. Vortrag auf d. Freiburger Naturforsch.-Versammlung.
16. Zur Antisepsis in der Geburtshilfe. Prager medic. Wochenschr. 1887 No. 37.
17. Dehnungsstreifen in der Halshaut des Fötus. Centralbl. f. Gynäk. 1888 No. 31.
18. Ueber Selbstinfection. Verhandlg. der deutschen Gesellsch. für Gynäk. 1889.
19. Ueber die Bedeutung der fötalen Wirbelsäule für den Austrittsmechanismus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Band XXI, Heft II.
20. Ueber Hyperemesis gravidarum. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Band XXI, Heft II.
21. Zur Mechanik der Austrittsbewegung. Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gynäk. 1891.
22. Nochmals zur Frage der Hyperemesis gravidarum. Centralblatt für Gynäk. 1891 No. 26.
    Schlusswort an Ahlfeld in der Hyperemesisfrage. Centralblatt f. Gynäk. 1891 No. 28.
23. Zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie. Centralblatt für Gynäk. 1892 No. 20.
24. Complication von Uterusruptur und Cervicalriss. Deutsche medic. Wochenschrift 1893 No. 43.
25. Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart 1893.
26. Zur Pathogenese der Placenta praevia. Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk. Band XVIII, Heft I.
27. Zur Pathogenese der Placenta praevia. Centralbl. f. Gynäk. XIII. No. 40. Heidelberger Naturforscher-Versammlung.

Gynäkologisch.

1. Die in der gynäkologischen Klinik von Prof. Hegar ausgeführten Urinfistel-Operationen. Anhang zur Denkschrift zur Eröffnung der Freiburger Frauenklinik 1868.
2. Ueber Scheidenverschluss im Blasengrund- und Gewölbtheile der Scheide. Deutsche Klinik No. 1/2 1869.
3. Directer Verschluss einer Blasencervicalfistel. Berliner klinische Wochenschrift 1876 No. 6.
4. Beiträge zur Anatomie und chirurgischen Behandlung der Ovarialtumoren. Zeitschr. für Geburtsh. u. Frauenkrankh. Band I 1876 No. 3.
5. Beitrag zur Anatomie und Genese des Uterusprolapses nebst Bemerkungen über Punction der Abdominalhöhle vom Scheidengewölbe aus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1877.
6. Eine eigenthümliche Wirkung des Chloroforms. Hegar u. Kaltenbach. Archiv f. pathol. Anatomie. Band XLIX, Heft 3.
7. Verletzungen der weiblichen Genitalien innerhalb des Puerperiums. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Band IV, Heft II.
8. Beitrag zur Laparotomie bei fibrösen Tumoren des Uterus. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1877.
9. Beitrag zur Laparomyomotomie. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.
10. Zusammengesetzte Cyste der Scheide. Archiv für Gynäkologie.
11. Totale Exstirpation des Uterus von der Scheide aus. Centralblatt f. Gynäk. 1880 No. 11.
12. Ueber Exstirpation maligner Ovarialtumoren. Wiener med. Blätter 1880 No. 29.
13. Exstirpation eines papillären Adenoms der Harnblase von der Scheide aus. Langenbeck's Archiv. Band XXX, Heft 3.
14. Die operative Gynäkologie mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungsmethoden. Hegar u. Kaltenbach. Stuttgart 1881. I. Aufl. 73, III. Aufl. 86.
15. Episiokleisis mit Anlegung einer Rectovaginalfistel. Centralblatt f. Gynäk. 1883 No. 48.
16. Zur Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Zeitschr.: Der prakt. Arzt 1884 No. 7.
17. Ueber den Fieberverlauf bei Peliosis rheumatica. Jahrb. f. Naturheilkunde N. F. VI.
18. Ueber Stenose der Tuben mit concentrischer Muskelhypertrophie der Wand. Centralblatt f. Gynäk. 1885 No. 43.
19. Ueber Tubenerkrankungen. Zeitsch.: Der prakt. Arzt 1887 No. 12.
20. Rede zur Eröffnung des II. Congresses der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Wiener med. Blätter 1888 No. 24.
21. Stumpfe Dehnung des Collum bei Myomblutungen. Centralblatt f. Gynäk. 1888 No. 45.
22. Zur Pathologie der Tuben. I. Ueber Papillom der Tuben. Kaltenbach u. Oberth. Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. Band XVI, Heft II.
23. Zur Therapie der malignen Neubildungen des Uterus. Hegar'sche Festschrift. Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkol. 1889.
24. Zur Ventrofixation des Uterus retroflexus. Verhandlg. der deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. Heidelberger Naturf.-Versammlung 1889.
25. Erfahrungen über Totalexstirpation des Uterus. Berl. klin. Wochenschrift 1889 No. 18 u. 19.
26. Ueber Hilfsmittel des gynäkologischen Unterrichts. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Band XXI, Heft II.
    Dasselbe. Verhdlg. der deutschen Gesellschaft f. Gynäkol. 1891.
27. Erfahrungen über Uterussarkom. Berliner internationaler Congress.
28. Albuminurie und Erkrankungen der Harnorgane in der Fortpflanzungsperiode. Archiv f. Gynäkol. Band III.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Norbert Ortner: Die Lungentuberculose als Mischinfection. (Aus dem Institute für pathologische Histologie und Bakteriologie, Prof. A. Weichselbaum in Wien.) Mit 2 chromolithographischen Tafeln. Wien und Leipzig 1893, W. Braumüller. 163 S.

Auf Veranlassung Weichselbaum's unterzog Verfasser 61 Fälle von Lungentuberculose der histologisch-bakteriologischen Untersuchung behufs Entscheidung der Frage, ob und inwieweit es sich bei den verschiedenen Formen der Lungentuberculose und namentlich bei den so häufig im Gefolge auftretenden frischen bronchopneumonischen Herden um eine verschiedenartige Aeusserung der Wirksamkeit des Tuberkelbacillus allein handelt, oder um Mitwirkung anderer Mikroorganismen. Dieses Gesammtmaterial gliedert Verf. in drei Rubriken: Fälle, in welchen neben der tuberculösen Affection der Lunge auch pneumonische Veränderungen derselben erkennbar waren; zweitens Fälle von einfacher, uncomplicirter, chronischer Granulartuberculose der Lunge; endlich acute und subacute miliare Tuberculose der Lungen.

Nach einer eingehenden, sorgfältigen Darstellung der einzelnen histologischen und bakteriologischen Befunde wendet sich Verf. zu der sehr lesenswerthen Gesammtdarstellung seiner Resultate. Histologisch liess sich constatiren, dass die Bronchopneumonieen bei chronischer Granulartuberculose der Lunge mit kaum einer Ausnahme Processe darstellen, welche die Bezeichnung zellig-fibrinöser Pneumonieen beanspruchen dürfen und keine wesentlichen Unterscheidungsmerkmale von vielen der sonst beobachteten primären oder secundären Bronchopneumonieen besitzen. Auf die Frage: „Gibt es eine genuine, lobäre tuberculöse Desquamativ-Pneumonie?" antwortet Verf. übereinstimmend mit Nauwerck: „In keinem der untersuchten Fälle lag eine ächte lobäre Pneumonie vor, sondern die diffuse Infiltration war immer durch das Zusammenfliessen zahlreichster, zur Verkäsung tendirender bronchopneumonischer Herde zu Stande gekommen." Fälle vollkommen reiner Granulartuberculose ohne jede Beimengung entzündlicher exsudativer Gewebsaffection in der Umgebung wurden nicht angetroffen. Ebenso boten ferner die Fälle von acuter und subacuter miliarer Lungentuberculose nicht nur durch normales Lungengewebe getrennte Tuberkelknötchen dar, sondern alle zeigten eine entzündliche Infiltration der um die Knötchen gelagerten Lungenalveolen. Die käsigen Herde können nach Verf. eine dreifache Entstehungsweise haben: Entweder durch Confluenz mehrerer verkäster Tuberkelknoten, oder ausschliesslich aus entzündeten Lungenalveolen, deren zellig-fibrinöses Exsudat verkäst ist, oder endlich peripher aus derartig veränderten Alveolen, central aus Tuberkelknötchen.

Wichtiger sind die bakteriologischen Aufschlüsse, und zwar hinsichtlich der (ausser den Tuberkelbacillen) vorgefundenen Mikrococcusformen. Nur in zwei Fällen konnten letztere als mit typischem Diplococcus pneumoniae capsulatus identisch constatirt werden. In allen übrigen positiven Fällen handelte es sich nach culturellen Eigenschaften und Verhalten im Thierkörper um eine Art, welche zwischen dem typischen Streptococcus pyogenes und dem typischen Diplococcus pneumoniae mitten inne steht, jeweils dem ersteren oder dem letzteren sich mehr oder minder nähernd. Es handelt sich also um einen „Micrococcus pneumoniae" mit zahlreichen Varietäten, eine Thatsache, auf die übrigens schon Kruse und Pansini eingehend hingewiesen hatten. Dieser Micrococcus pn. aber ist nach Verf. der Erreger der bei chronischer Granulartuberculose der Lunge bestehenden Bronchopneumonieen. Von 27 vollständig untersuchten Fällen von Bronchopneumonie bei chronischer Granulartuberculose der Lunge ergaben 23 ein meist reichliches Vorkommen dieses Micrococcus, stets innerhalb der von zelligem oder mehr serösem oder fibrinösem Exsudat erfüllten Alveolen. Die Tuberkelbacillen dagegen konnten in 23 diesbezüglich positiven Fällen durchgehends innerhalb der vorhandenen Tuberkelknötchen und käsigen Herde nachgewiesen werden. Ausserdem aber fanden sich dieselben in der Mehrzahl der positiven Fälle auch in den pneumonisch afficirten, exsudatführenden Alveolen, und zwar in einer Anzahl von Fällen nur in den, den Tuberkelknötchen oder käsigen Herden anliegenden, in anderen Fällen dagegen auch in den entfernter gelegenen pneumonisch afficirten Alveolen.

Diese eigenthümliche Vertheilung der Tuberkelbacillen führt Verf. nun zur näheren Erörterung des Verhältnisses zwischen Micrococcus pneumoniae und Tuberkelbacillus, wobei er dazu gelangt, dem ersteren in vieler Beziehung — im Gegensatz zur bisherigen Auffassung — die primäre Rolle zuzuweisen. Folgende Sätze sind hiefür kennzeichnend: „Noch lange, ehe der Tuberkelbacillus die für ihn specifische Gewebsalteration zu veranlassen im Stande ist, muss die in kürzester Frist durch den, selbst später eingewanderten Micrococcus pneumoniae ins Leben gerufene pneumonische Gewebeinfiltration zu Stande gekommen sein. Und innerhalb des pneumonisch infiltrirten Gebietes findet man Tuberkelbacillen liegen, welche bis dahin noch keinen oder mindestens keinen histologisch erkennbaren Antheil an dem bestehenden Erkrankungsprocesse genommen haben und erst in der Folge in Action treten werden." Und ferner: „Nicht überall, wo der Tuberkelbacillus in einem pathologisch afficirten Gewebe nachweisbar ist, ist dieses meiner Meinung nach deswegen auch schon specifisch tuberculös afficirt, muss eine tuberculöse Gewebsaffection vorliegen. Sie kann bestehen, oder aber — dies meine Verbesserung — sie wird erst eintreten."

Wir müssen es uns versagen, den interessanten Ausführungen des Verfassers im Einzelnen hier weiter zu folgen, indem wir uns damit begnügen, auf die neue Beleuchtung hinzuweisen, welche das Problem der Mischinfection bei Lungentuberculose durch diese vortreffliche Arbeit erhält. Als charakterisirend für des Verfassers Auffassung sei nur noch folgendes aus den Schlusssätzen angeführt: „Man muss in der tuberculös afficirten Lunge zweierlei pathologische Processe auseinanderhalten, jene der Bildung von Tuberkeln und jene der Entwicklung pneumonischer Processe. Beide sind histologisch von einander zu scheiden, beide sind aber auch aetiologisch von einander verschieden. Denn die bei Lungentuberculose so häufig vorkommenden pneumonischen Processe sind Product der Thätigkeit des Micrococcus pneumoniae, die Tuberkeln jenes des Tuberkelbacillus."

Buchner.

Leubuscher und Schäfer: Einfluss einiger Arzneimittel auf die Salzsäureabscheidung des Magens. S.-A. der Deutschen med. Wochenschrift 1892, No. 46.

Zur Untersuchung der Frage, ob durch irgendwelchen therapeutischen Eingriff eine Aenderung in der Salzsäureabscheidung herbeigeführt werden könne, haben die Verfasser nach der vorerwähnten Sjögvist'schen Methode den Einfluss verschiedener Alkaloide auf den Chemismus des Magens untersucht. 0,015 Pilocarpin unmittelbar nach einer Probemahlzeit injicirt bewirkte leichte Steigerung der HCl-Secretion. Atropin in der gleichen Weise in einer Dosis von 0,0015 verabreicht, änderte die Salzsäureabscheidung nicht, beeinträchtigte dagegen die peptische Kraft. Hyoscin — in entsprechend geringerer Dosis — ergab das gleiche Resultat wie Atropin. Opium und Morphium innerlich dargereicht verursachten beide in gleicher Weise eine ganz geringe Verzögerung und Herabsetzung der HCl-Secretion. Subcutan injicirtes Morphium hingegen bewirkte beträchtliche Verminderung der Salzsäureabsonderung und dementsprechend bedeutende Verschlechterung der Verdauungsfähigkeit. Demgemäss konnte in Fällen, in denen eine continuirliche Hyperacidität vorhanden war, die HCl-Production durch Morphiuminjectionen regelmässig vermindert werden. Sie erklären diese Erscheinung damit, dass bei der subcutanen Applicationsweise die Wirkung des Mittels in der Zeiteinheit viel intensiver zu Stande komme; es sei auch noch in Betracht zu ziehen, dass das Morphium — wie neuerdings Alt gezeigt hat — subcutan injicirt, grösstentheils bald nach Einverleibung unter die Haut auf der Magenschleimhaut zur Abscheidung komme. Dasselbe werde nun abermals vom Magen aus resor-

birt, es komme somit eine doppelte Wirkung des Alkaloids zu Stande.

Aus ihren Untersuchungen ziehen sie die Lehre: „Diese Form der Morphium-Darreichung während der Verdauung möglichst zu vermeiden." „Es scheint vielleicht auch der Schluss gerechtfertigt, dass wohl ein Theil der so häufigen, überaus intensiven Magenbeschwerden bei chronischen Morphinisten als abhängig zu betrachten ist von der durch das Morphium bedingten Aenderung der Salzsäureabscheidung."

Konrad Alt-Halle a. S.

Leubuscher und Ziehen: Klinische Untersuchungen über die Salzsäureabscheidung des Magens bei Geisteskrankheiten. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1892.

Im Jahre 1887 hat v. Noorden eine Mittheilung über das Verhalten der Magenverdauung bei Geisteskranken, insbesondere bei Melancholischen veröffentlicht, nach welcher bei diesen Kranken in der Mehrzahl der Fälle salzsaure Hyperacidität bestehen soll. Verfasser haben hauptsächlich nach der Sjögvist'schen Methode — die sie etwas modificirten — über 600 quantitative Analysen mit dem Mageninhalt von Geisteskranken angestellt. Als gesicherte Resultate ihrer Untersuchungen über den Einfluss bestimmter Psychosen auf die Salzsäureproduction glauben sie folgende aufstellen zu können:

1) Bei Dementia paralytica und Dementia senilis besteht oft Tendenz zu Hypochlorhydrie, die mit dem psychischen und somatischen Verfall des Kranken zunimmt.

2) Auch bei dem angeborenen Schwachsinn (Imbecillität), sowie der nach functionellen Psychosen secundär auftretenden Demenz, zeigt sich eine ähnliche, wenn auch schwächere Neigung zu Herabsetzung der Salzsäuresecretion.

Sie erklären dieses damit, dass die Secretionsnerven des Magens an der allgemeinen Herabsetzung der Leistungen des Nervensystems betheiligt und direct anatomisch verändert sein dürften.

Bei den übrigen Formen geistiger Störung liessen sich constante Verhältnisse nicht auffinden.

Konrad Alt-Halle a. S.

Vereins- und Congress-Berichte.

Aerztlicher Verein München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 8. November 1893.

Privatdocent Dr. **Barlow**: Demonstration Baretta'scher Hautmoulagen.

Dr. **Sittmann** demonstrirt ausser der Tagesordnung einen 60jährigen Mann mit einem vor 42 Jahren nach Trauma entstandenen Rhabdomyome des rechten Oberarmes. Der über mannsfaustgrosse Tumor liegt an der lateralen Seite des Musculus biceps, steht mit diesem durch eine schmale Brücke in Verbindung und ist von normaler Haut überzogen. Die Natur des Tumors — quer gestreifte Musculatur — wird erschlossen aus der dem Willen unterworfenen Contractilität, der directen und der indirecten (r. nerv. musculocutaneus aus elektrischer Erregbarkeit). Der Fälle von Rhabdomyomen nach Trauma sind es bis jetzt nur 2, beide von v. Buhl mitgetheilt.

Dr. **Grünwald**: 1) **Demonstrationen und Mittheilungen zur Ohrenchirurgie.**

G. berichtet über seine Erfolge bei der Exstirpation von Gehörknöchelchen zwecks Heilung von auf Caries beruhenden fötiden Ohreneiterungen, wobei eine Reihe exstirpirter, durch Caries theilweise zerstörter Gehörknöchelchen, (Hammer und Ambos), demonstrirt werden.

Ferner stellt er einen Patienten mit persistentem Operationscanal im Warzenfortsatz und zwei andere ebenfalls wegen Caries im Warzenfortsatz operirte, aber mit sofortigem Verschluss der Operationswunde und Tamponade von der äusseren Ohröffnung behandelte Fälle vor. Bei allen dreien war die knöcherne Gehörgangshinterwand abgetragen worden. Es wird die bedeutend grössere Annehmlichkeit des letzteren, vom Vortragenden selbständig zuerst angewandten, unterdessen aber von Panse in Halle (Schwartze'sche Klinik) veröffentlichten Verfahrens erläutert. Ausserdem wird durch Zeichnungen die Art der Lappenbildung aus dem häutigen Gehörgange nach Stacke, Panse und Vortragendem demonstrirt, sowie an Knochenpräparaten des Schläfenbeins die Art und das Resultat der erwähnten Radicaloperation klargelegt.

(Der Vortrag wird ausführlich an anderer Stelle veröffentlicht.)

2) **Ueber maligne Lymphdrüsenerkrankungen.**

Zwei Präparate, enorme Tumoren der Halsdrüsen darstellend, bieten den Anlass zu folgenden Erörterungen:

a) Primäres Sarkom der linken Tonsille.

Der Fall, an einer 45jährigen Frau, die in bereits inoperablem Zustand zur Behandlung kam, beobachtet, bietet schon dadurch Interesse, dass die Affection überhaupt ausserordentlich selten ist. An Stelle der linken Mandel sass ein welschnussgrosser, von bleicher, sonst normaler Schleimhaut überdeckter, leicht gewellter Tumor mit stark entwickelten Oberflächengefässen, die Gaumennische stark dehnend, doch nur nach aussen mit einem grossen bis unter das Ohr und nach vorn bis unter das Kinn reichenden Lymphdrüsentumor verwachsen. (Ein Aquarell nach dem Leben dient zur Illustration.) Bemerkenswerth war, dass auf, experimenti causa angewandte, Arseninjectionen in den Tumor und die Drüsen eine zeitweilige erhebliche Verkleinerung eintrat. Später bildeten sich noch Tumoren über beiden Claviculae, unter dem linken Schulterblatt (letzterer vereiterte), in beiden Achselhöhlen und in den beiden Leisten. Der Tod erfolgte durch Kräfteschwund.

Die Section ergab Freiheit der Eingeweide von Metastasen. Die mikroskopische Untersuchung von Schnitten der Mandelgeschwulst zeigte ein kleinzelliges Sarkomgewebe.

b) Malignes Lymphom.

Der Fall betraf ein 10jähriges Mädchen mit einem enormen, etwa zwei mannsfaustgrossen Tumor, der vorwiegend links sitzend, nach oben bis zum Unterkiefer, nach unten über den Clavicularand hinunter, nach links unter der Musculatur bis fast zur Wirbelsäule und nach rechts bis zum hinteren Rande des rechten Kopfnickers reichte. Grösster Umfang 43,8 cm. (Eine im Kinderspital, woselbst Pat. vorher zweimal operirt worden war, aufgenommene Photographie wird herumgereicht.) Bemerkenswerth ist, dass nach Angabe der Mutter auf Tuberculininjectionen, die von anderer Seite ausgeführt worden waren, ein besonders rasches Wachsthum der Geschwulst eingetreten sein soll.

Ausser dem primären Tumor bestand noch eine taubeneigrosse Drüse unter der linken Achsel und liess sich ein Milztumor (hauptsächlich Verbreiterung des Höhendurchmessers) mit palpablem rundlichem Rande nachweisen.

Blutuntersuchungen waren bereits im Kinderspital mit negativem Befunde gemacht worden.

Die Temperatur konnte nur zeitweilig gemessen werden und erreichte Abendhöhen bis 39,8° C.

Der Tod erfolgte nach extremer Abmagerung.

Die Section zeigte Tumoren der Hals-, Achsel-, Bronchial- und Mesenterialdrüsen, die Milz stark vergrössert, bröckelig, ganz durchsetzt von roth und weiss gefleckten markigen Knoten. Darm und Lunge intact.

Die Drüsen boten überall auf dem Durchschnitt ein weisses, gleichmässig markiges Aussehen, nur in dem cervicalen Paquet zeigten sich einige verkäste Stellen.

Mikroskopische Schnitte, von dieser letzteren Partie angefertigt, ergaben zunächst nichts, auch Bacillenfärbung misslang. Dagegen liessen sich in einigen aus dem anstossenden Gewebe angefertigten Schnitten deutliche Tuberkel mit centralen Riesenzellen, ausserdem zahlreiche epitheloide Zellnester nachweisen. Bacillen konnten nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Schnitte aus den homogen erscheinenden Theilen der Geschwulst boten nur das Bild hypertrophirter Lymphdrüsen.

Dieser Befund aber genügt, um die tuberculöse Natur der verkästen und angrenzenden Partien zu erhärten. — Der Zusammenhang zwischen Tuberculose und malignem Lymphom hat nun in den letzten Jahren mehrfach Erörterung gefunden.

Wätzoldt[1]) fand in einem Falle ausgebreitete Miliartuberculose und Askanazy[2]) konnte in den erkrankten Drüsen, deren Durchschnitt grauröthlich, vielfach von matt graugelben Partien durchsetzt war, jedoch nicht verkäst erschien, noch sonst dem Anblick tuberculöser Drüsen entsprach, Tuberkelbacillen nachweisen.

[1]) Centralblatt für klinische Medicin, 1890, 45.
[2]) Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie. Bd. III.

Brentano und Tangl[3]) fanden in ihrem Falle innerhalb der Drüsen nirgends Verkäsung noch Tuberkelbildung, konnten jedoch, obgleich auch der mikroskopische Befund negativ war, durch Einimpfung eines Partikels unter die Bauchhaut eines Meerschweinchens typische Impftuberculose erzeugen. Ausserdem fand sich in diesem Falle aber auch noch Miliartuberculose des Darms und der Milz und Geschwüre im Ileum und Coecum, sowie indurirte Spitzenherde der Lungen.

Fischer[4]) theilt zwei Fälle mit. Beim ersten, der recurrirendes Fieber hatte, konnte er in den Fieberanfällen aus dem Blute den Staphylococcus pyogenes aureus rein züchten, daher er das Fieber auf Invasionen dieses Pilzes zurückführt. Die Section ergab Metastasen in den Lungen, Mediastinum, Milz und Knochenmark. In den Tumoren fand sich nirgends Verkäsung oder Nekrose, keine Riesen- noch epitheloide Zellen, noch Bacterien irgend welcher Art.

Beim zweiten Kranken fanden sich bereits im Auswurf Tuberkelbacillen, bei der Section ausser Tumoren der Hals-, Achsel-, Leisten-, Mediastinal-Drüsen, der Milz und des Knochenmarkes noch vergrösserte Bronchial- und Mesenterial-Drüsen, welch letztere beide, ebenso die tuberculös erkrankten Lungen Bacillen auffinden liessen. (Ausserdem bestanden weisse Knötchen in der Milz und Darmgeschwüre.) Dagegen konnte in den zu Tumoren gewachsenen Drüsen nirgends Verkäsung noch Nekrose, Riesenzellen oder Bacterien gefunden werden, auch blieben Impfungen von den Halsdrüsen auf Ferkel ohne Erfolg.

Daher fasst F. die Tuberculose in diesem Falle als secundäre Erkrankung auf.

Unzweifelhaft ist auch diese Auffassung berechtigt, da in den übrigen Drüsen, nach dem Ergebniss der Impfung, Tuberculose nicht nachgewiesen werden konnte. Ausgeschlossen ist damit allerdings die Tuberculose dieser Drüsen noch nicht, da man auch annehmen kann, dass dieselbe sich, wenn auch nicht einmal mikroskopisch erkennbar, gerade im nicht verimpften Theil des Tumors etablirt haben kann. Denn in der That ist die von A. Fränkel betonte Möglichkeit, zwischen Pseudoleukämie und Tuberculose mikroskopisch zu unterscheiden, nicht immer vorhanden, wie recht deutlich aus dem oben citirten Brentano'schen Falle erhellt.

Da aber auch in diesem letzteren sich anderweitig manifestirte Tuberculose fand, kann man immer mit Fischer auch hier noch die Tuberculose als eine secundäre Erkrankung bei einem geschwächten Individuum auffassen.

Anders in meinem Falle. Da sich hier im ganzen übrigen Körper keine Tuberculose fand, bleibt nur die Annahme einer primären tuberculösen Erkrankung der die Tumoren bildenden Drüsen. Es ist mindestens recht unwahrscheinlich, dass die Tumoren erst secundär in derselben Weise sollten erkrankt sein, wie es bei normalen Halsdrüsen durch Ausseninfection erfolgt. Denn die Verkäsungen sassen in centralen Partien des Halstumors. Es ist viel wahrscheinlicher, dass die Halsdrüsen auf dem gewöhnlichen Wege vom Munde aus mit Bacillen inficirt worden seien und dann sich, warum gerade in dieser Weise, das wissen wir nicht, zu Tumoren entwickelt haben. Es ist entschieden auffallend, dass die Tuberculose in diesen Drüsentumoren niemals zu Vereiterung oder überhaupt hochgradigem Zerfalle führt; es lässt das unter allen Umständen, ob die Tuberculose der Veranlasser der Geschwulstbildung oder ein Accidens derselben sei, auf einen sehr torpiden Charakter der Infection schliessen, ebenso wie der negative mikroskopische Befund bei doch sicherem Nachweis der Tuberkelbacilleninfection (Brentano). Und dieser torpide Charakter gibt uns vielleicht den Schlüssel der eigentlichen Tumorenbildung überhaupt. So viel ist nun, nach den vorliegenden Beobachtungen, sicher, dass das Suchen nach dem Zusammenhange mit der Tuberculose den Angelpunkt weiterer Untersuchungen dieser eigenthümlichen Krankheit bilden muss, da auch mein Fall, in Ermangelung einer Impfung von den anscheinend intacten Partien, noch nicht absolut beweisend ist. Es wird sich dann zeigen, ob überhaupt die pathologische Einheit verschiedener klinisch gleichartig erscheinender Affectionen, wie sie jetzt alle als malignes Lymphom bezeichnet werden, aufrecht erhalten werden kann, was beim Betrachten der verschiedenen Einzelfälle immerhin zweifelhaft erscheinen muss.

Besondere Beachtung wird auch dem Umstande zu schenken sein, ob die Tumorenbildung sich rein auf lymphatische Organe beschränkt oder nach Art anderer Geschwulstmetastasen auch heterogene Gewebe befällt. Für letztere Fälle insbesondere wird der Verdacht anderweitiger pathologischer Dignität der Forschung förderlich sein.

3) Deutsche med. Wochenschrift, 1891, 17.

4) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 36, S. 233.

Discussion: Scheibe bestätigt auf Grund seiner eigenen Erfahrungen die Angabe von Gomperz, dass die conservative Methode functionell bessere Resultate gibt, als die von der Hallenser Schule in zahlreichen Fällen ausgeführte Extraction der Gehörknöchelchen.

Indess der Schwerpunkt der Gomperz'schen Arbeit liegt in der Thatsache, dass auch die Eiterung bei der Anwendung der conservativen Methode in einem grösseren Procentsatz der Fälle zur Heilung gebracht wird. Scheibe bestätigt auch dies auf Grund der Erfahrungen in seiner Privatpraxis und in Prof. Bezold's Ambulatorium im klinischen Institut.

Noch andere Nachtheile hat die operative Methode. Es sind schon öfters nicht nur Facialislähmungen, sondern auch hochgradiger Schwindel und bleibende Taubheit beobachtet worden. Es soll deshalb vor Allem erst die conservative Methode angewandt, und nur in der kleinen Minderzahl der Fälle, in welchen bei länger dauernder Anwendung derselben keine Heilung oder wesentliche Besserung eintritt, einer der verschiedenen operativen Eingriffe vorgenommen werden.

Was die Aufmeisselung des Antrum mastoideum zugleich mit der Resection der hinteren knöchernen Gehörorganswand anbetrifft, so hat Sch. in einigen Fällen von Cholesteatom, in welchen die Oeffnung hinter der Muschel nicht offen gehalten wurde, Recidive gesehen. Die Behandlung derselben ist für den Ohrenarzt gewiss leicht. Für den praktischen Arzt ist die Bekämpfung eventueller Recidive entschieden leichter, wenn die Oeffnung hinter dem Ohr dauernd bestehen bleibt. Für auswärtige Patienten ist deshalb dieses Vorgehen vorzuziehen, um so mehr, als es neuerdings Siebenmann auf diese Art gelungen ist, schon in durchschnittlich 4—6 Wochen Heilung zu erzielen. Scheibe hat deshalb in seinen 6 Fällen von Cholesteatom, bei welchen wegen ernster Symptome die Operation unbedingt indicirt war, nur einmal die retroauriculäre Wunde sich schliessen lassen.

Grünwald hat niemals bestritten, dass die von Gomperz angeführten functionellen Resultate besser seien, als diejenigen der Hallenser Klinik, verweist aber nochmals auf die schon im Vortrage hervorgehobene Thatsache, dass seine eigenen Ergebnisse in Bezug auf Hörfähigkeit nach der Gehörknöchelchenexcision diejenigen Gomperz' übertreffen, insofern nämlich von dem letzteren im besten Falle eine 45 mal so grosse Hörweite als früher, im Durchschnitt aber nur eine 12 mal so grosse erzielt wurde, während bei genauer notirten Fällen des Redners einmal eine auf mindestens 500 mal zu bemessend Verbesserung, (von „Conversationssprache in continuo“ auf „Flüstersprache auf 5 m“), im Durchschnitt aber eine 83—126 malige Verbesserung eintrat.

Bezüglich der Indication resp. des Heilungsresultates kommt die Gomperz'sche Statistik aber überhaupt nicht in Betracht, da in derselben grösstentheils Fälle verwerthet werden, in denen es sich nicht um Caries gehandelt hat, in deren grösserer Anzahl also auch der Vortragende keine Indication zur Operation gefunden hätte, ebenso wenig wie höchst wahrscheinlich Schwartze, der nur bei „sonst unheilbaren“ Eiterungen (bei nicht vorhandener Caries) zu operiren empfiehlt. Auf die wirklichen Indicationen zur conservativen und operativen Behandlung einzugehen, findet Vortragender an diesem Orte zu weitläufig und behält sich dies, sowie eine Kritik der Gomperz'schen Statistik für die Veröffentlichung seines Vortrages vor.

Wenn man aber überhaupt Heilungsresultate, was Vortragender unzulässig findet, ohne weiteres vergleichen will, so ist nochmals zu verweisen darauf, dass seinerseits von 11 wegen Caries operirten und fertig behandelten Fällen 9 geheilt wurden (worunter 5 mit einer Controldauer von mindestens 1 Jahr), einer, ungeheilt, später am Warzenfortsatz trepanirt wurde, einer gebessert.

In keinem der Fälle des Vortragenden sind üble Folgen eingetreten, Schwindelerscheinungen traten nur einigemale während der Tamponade auf, um sehr bald dauernd zu verschwinden.

Die einzige Facialislähmung, die der Vortragende jemals nach Ohrenoperationen erlebte, trat ein in einem Fall von Auskratzung der Paukenhöhle, bei welchem die Gehörknöchelchen nicht exstirpirt wurden, da sie schon vorher zu Verluste gegangen waren.

Dass zunächst der Versuch gemacht werden muss, durch mildere Therapie zu wirken, bezweifelt Vortragender um so weniger, als die grössere Anzahl seiner Fälle vor der Operation durch mehr oder minder lange Zeit „conservativ“ behandelt worden sind, sei es von ihm selbst, sei es von anderen Aerzten. In einigen Fällen musste wegen der, nicht unberechtigten, grossen Empfindlichkeit der Patienten gegen das conservative Verfahren sogleich zur Operation geschritten

werden. Auch will Vortragender nicht verschweigen, dass er früher die operativen Maassnahmen länger hinausgeschoben hat, als neuerlich, da die meisten Fälle von Caries sich nur durch actives Eingreifen heilbar erwiesen.

Bezüglich der Recidivgefahr, wenn man die Operationswunde hinter dem Ohr (nach der radicalen Warzenfortsatzaufmeisselung) sofort schliesst, weist Vortragender die Bedenken des Vorredners zurück, da durch die Art des Verschlusses, wie sie im Vortrage beschrieben wurde, eine stete Zugängigkeit auch der tiefsten Ohr- und Warzenfortsatzhohlräume besteht, wie an den vorgeführten Patienten deutlich ersichtlich ist. Dieselben sind daher durchaus nicht zu identificiren mit Fällen, in denen die Eröffnung der Knochenhohlräume keine so radicale ist und Recidive desshalb erfolgen, weil der Abfluss der Secrete immer durch Spülungen unterstützt werden muss und daher sogleich stockt, wenn die Wundöffnung sich gegen den Willen der Operateure verschliesst. Es wird daher nothwendig sein, die neuen Operations- und Nachbehandlungsmethoden selbst auszuführen, um sich von ihrem wahren Werth überzeugen zu können.

Siebenmann's rasche Heilungserfolge, erzielt durch Hauttransplantation auf den Knochen, erachtet Vortragender als aufgewogen durch den Vortheil der ausserordentlich vereinfachten und bequemen Nachbehandlung, wie er sie vorher geschildert hat, sowie den Mangel jener entstellenden Oeffnung hinter dem Ohre, wie sie auch nach Siebenmann's Vorgehen und da erst recht, zurückbleibt. Uebrigens schliesst sein Verfahren die Ausführung der Transplantation in geeigneten Fällen nicht aus.

An der Discussion betheiligen sich ferner die Privatdocenten Dr. Ziegler und Dr. Schmitt.

Dr. **Löwenfeld: Hysterie und Suggestion.** (Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Médecine et de Chirurgie Pratique.

Sitzung vom 30. November 1893.

Die Grindelia robusta und ihre therapeutische Anwendung.

Nach dem Berichte von Jasiewicz wird die Grindelia robusta in Nordamerika, wo sie zu Hause ist, schon längst zu therapeutischen Zwecken angewendet und findet auch seit einigen Jahren in Frankreich denselben Gebrauch. Sie gehört zu den Dicotyledonen und speciell zur Familie der Compositen; zwar wird die ganze Pflanze angewandt, doch ist der wirksame Bestandtheil der Grindelia robusta der Harz, der besonders aus dem Köpfchen und den äusseren Rindenschichten gewonnen wird. Die gewöhnlichen Präparate sind das Fluidextract (Dosis: 0,5—3 g in Lösung), die Tinctur (15—40 Tropfen) und das alkoholische Extract (3 Pillen täglich von 0,1—0,5 g). Im physiologischen Versuche ruft das Medicament leichtes Wärmegefühl im Magen hervor, verlangsamt die Herz- und Athembewegungen, erweitert die Pupille und wirkt einschläfernd. Therapeutisch ist die Grindelia robusta bei allen Athmungsneurosen angezeigt: besonders dem krampfhaften Asthma, Keuchhusten, nervösem Husten, Heuasthma, Emphysem; bei länger fortgesetztem Gebrauche wirkt sie auch günstig bei Bronchitis. Der Einfluss der Grindelia auf die Athembeschwerden beruht darin, dass sie die Dyspnoe vermindert und, so lange ihre Verabreichung dauert, die Rückkehr der Anfälle hintanhalten kann. Aeusserlich wurden die Grindeliapräparate von Bardet gegen Vaginitis, Katarrhe der Harnwege und Brandwunden angewandt. Beim Keuchhusten scheint das Antipyrin mehr beruhigend zu wirken, doch kann die Grindelia ohne Gefahr viel längere Zeit hindurch gebraucht werden, sie vermindert die Heftigkeit der Anfälle, ohne die Dauer der Krankheit merklich abzukürzen. Als schätzbares Mittel gegen Athemnoth liegt ihr Hauptwirkungsfeld bei asthmatischen Leiden aller Art.

Toledano findet eine gewisse Aehnlichkeit in der physiologischen und therapeutischen Wirkung von Grindelia robusta und Belladonna. St.

Verschiedenes.

(Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher.) Der heutigen Nummer liegt das 35. Blatt unserer Galerie bei: Rudolf Kaltenbach. Nekrolog auf S. 1005.

Therapeutische Notizen.

(Behandlung der Rheumatismuscomplicationen mit Tartarus stibiatus.) Wie vielen anderen Klinikern, so hat sich auch Jaccoud bei den Complicationen des acuten Gelenkrheumatismus (Pleuritis, Pericarditis, Endocarditis) das Natr. salicyl. wirkungslos gezeigt, während ihm der Brechweinstein treffliche Erfolge geliefert hat. Er muss in der Dosis von 0,4 g beim erwachsenen männlichen, von 0,3 g beim weiblichen Individuum gegeben werden und zwar in einer gummösen Lösung von 9—10 Esslöffel, stündlich ein Esslöffel; niemals darf gleichzeitig ein Narcoticum zur Anwendung kommen. Unmittelbare Folge der Antimon-Einnahme ist Herabgehen der Temperatur, Verminderung der Gelenkschmerzen und besonders Abnahme des Ergusses in den verschiedenen serösen Höhlen. Acht zu haben ist bei Darreichung von Tartarus stibiatus auf die fast stets eintretende Diarrhoe und Erbrechen: zeigen sich diese Erscheinungen nur in mässigem Grade und bei kräftigen Individuen, so sind sie gefahrlos; zuweilen aber müssen sie durch ihre Intensität oder die Schwäche des Patienten die Einstellung der Medication veranlassen. Jaccoud verlangt desshalb, dass spätestens nach Einnahme der dritten Dosis der Arzt sich wieder nach dem Patienten umsehe; sei dies unmöglich, so dürfe die angegebene Therapie überhaupt nicht eingeschlagen werden. (Bullet. Méd. No. 98.) St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 26. December. Auf Anregung des Reichsgesundheitsamts wird gegenwärtig wieder in allen Bundesstaaten eine Erhebung über Umfang und Behandlung der Influenza vorgenommen. Schon vor zwei Jahren wurden Erhebungen hierüber veranstaltet.

— Die Uebereinkunft zum Schutze der öffentlichen Gesundheit in Zeiten des epidemischen Auftretens der Cholera, die Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Belgien, Frankreich, Italien, Luxemburg, Montenegro, Holland, Russland und die Schweiz getroffen haben, ist zugleich mit einer Denkschrift dem Reichstage zugegangen.

— Die Berliner Krankencassen, welche die freie Arztwahl eingeführt haben, umfassen jetzt 100.000 Mitglieder.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 49. Jahreswoche, vom 3. bis 9. December 1893, die grösste Sterblichkeit Krefeld mit 13,8, die geringste Sterblichkeit Elbing mit 34,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Fürth; an Diphtherie und Croup in Bielefeld, Barmen, Darmstadt, Duisburg, Elbing, Erfurt, Frankfurt a. M., Gera, Halle a. S., Karlsruhe, Kiel, Magdeburg, Remscheid, Strassburg, Stuttgart, Zwickau.

(Universitäts-Nachrichten.) **Bonn.** Dem Privatdocenten in der medicinischen Facultät Dr. Kocks ist das Prädicat Professor verliehen worden. — **Halle a. S.** Professor Fehling in Basel hat einen Ruf als Nachfolger Kaltenbach's an die hiesige geburtshilfliche Klinik erhalten.

Amsterdam. Dr. Salomonson hat sich als Privatdocent für Neurologie und Elektrotherapie habilitirt. — **Lille.** Privatdocent Dr. Combemale wurde zum Professor der Therapie ernannt. — **London.** An Stelle Sir Andrew Clark's wurde Dr. Russel Reynolds zum Präsidenten des Royal College of Physicians gewählt. — **New-York.** Dr. B. H. Wells ist zum Professor der Gynäkologie an der New-York Policlinic und Hospital ernannt. — **St. Petersburg.** Die ordentlichen Professoren an der militär-medicinischen Akademie Dr. Tarnowsky und Dr. Nassilow sind in den Ruhestand getreten. Der ausserordentliche Professor Dr. Pasternatsky an derselben Akademie zum ordentlichen Professor ernannt.

(Todesfälle.) Aus Berlin kommt die Nachricht, dass der Geheime Sanitätsrath Dr. Samuel Guttmann, Redacteur der Deutschen medicinischen Wochenschrift, dort an Influenza gestorben ist. Die medicinische Publicistik erleidet damit einen empfindlichen Verlust; das von ihm geleitete Blatt gelangte unter seiner rührigen Redaction zu hohem Ansehen.

In Halle a. S. starb der Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Krahmer, der älteste Docent an der Hallenser Universität.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 50. Jahreswoche vom 10. bis 16. December 1893.

Betheil. Aerzte 355. — Brechdurchfall 3 (6*), Diphtherie, Croup 26 (44), Erysypelas 14 (9), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (5), Kindbettfieber 1 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 281 (358), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum — (6), Parotitis epidemica 6 (6), Pneumonia crouposa 31 (40), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 27 (27), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 16 (26), Tussis convulsiva 6 (12), Typhus abdominalis 4 (1), Varicellen 24 (13), Variola — (—). Summa 441 (554). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 50. Jahreswoche vom 10. bis 16. December 1893.

Bevölkerungszahl 380,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 13 (20), Scharlach 3 (—), Rothlauf — (3), Diphtherie und Croup 5 (4), Keuchhusten — (—), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 2 (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (1), Croupöse Lungenentzündung 2 (7), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 14 (13).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 212 (233), der Tagesdurchschnitt 30,3 (33,3). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 29,0 (32,0), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14,7 (21,9), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 16,8 (19,4).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.



Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. **C. Gerhardt**, Berlin. **W. v. Heineke**, Erlangen. **G. Merkel**, Nürnberg. **J. Michel**, Würzburg. **H. v. Ranke**, München. **M. v. Schleiss**, München. **F. v. Winckel**, München. **H. v. Ziemssen**, München.

№ 52. 26. December 1893. Redacteur: **Dr. B. Spatz**, Karlstrasse 46. Verlag: **J. F. Lehmann**, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Inhalt:

Personalnachrichten.

Preussen.

Ernennungen. Der prakt. Arzt Dr. Heitsch in Belgern ist unter Belassung in seinem Wohnsitz zum Kreis-Wundarzt des Kreises Torgau und der Kreiswundarzt Dr. Hasse in Trebnitz zum Kreis-Physikus des Kreises Flatow ernannt worden.

Niederlassungen. Die Aerzte: Ballin, Dr. Brock, Dr. Callsen, Dr. Eichmann, Dr. Gabriel, Dr. Ginsberg, Dr. Hoppe, Dr. Levy, Dr. Malkewitz, Dr. Matthaei, Dr. Naumann, Dr. Peschel, Dr. Schoenfeld und Dr. Totzke in Berlin, Dr. Hoppe in Elbingerode, Jorns in Cöln, Dr. Halbfas und Dr. Rieck in Bonn, Steltner und Ackermann in Königsberg i. Pr., Dr. Dedolph in Ortelsburg, Kuessner in Stallupoenen, Henningsen in Eckernförde, Dr. Chrzelitzer in Posen, Steslicki in Laurahütte, Dr. Harbolla in Patrzkowitz, Dr. Mies in Cöln, Dr. Kraemer in Mülheim a. Rh., Dr. Fronzig in Berlin.

Die Zahnärzte: Caro, Hahn und Schendel in Berlin, Stangenberg in Kaukehmen, Bauchwitz und Wege in Stettin, Bieber in Schneidemühl, Doll in Schleswig, Bretschneider in Elmshorn, Ehrig in Oldenburg, Lararus in Rogasen, Schrammen in Kattowitz.

Todesfälle. Die Aerzte: Kreis-Physikus Dr. Schroeder in Weissenfels, Kreis-Physikus Sanitätsrath Dr. Deutschbein in Herzberg, Dr. Engels jun. in Mülheim a. Rh., Sanitätsrath Dr. Frandsen in Lauenburg, Sanitäts-Rath Dr. Hausleutner in Grünberg i. Schl., Dr. Vianden in Krefeld.

Vacante Stelle. Die Kreis-Wundarztstelle des Kreises Trebnitz.

AUGUST AUBRY Münchener Verbandstoff-Fabrik.

MÜNCHEN, Wörthstrasse 24.
Fabrik für Herstellung aller antiseptischen Verbandmittel
nach wissenschaftlichen Methoden.
Spezialität: **Mooswatte.** Novität: **Weiche Gypsbinden. Spreukissen.**
Niederlagen in den meisten Apotheken.





für Kinder, Kranke, Genesende und Greise. ☛ **Gänzlich frei von Stärkemehl.** ☚
In mit Wasser verdünnter Kuhmilch, **bester Ersatz für Muttermilch.**
General-Depot: **J. C. F. Neumann & Sohn,** Hoflieferanten Sr. Maj. des Kaisers und Königs, **Berlin W.,** Taubenstrasse 51/52.
☛ Die Herren **Aerzte, Directoren** von **Kinder-Hospitälern, Kliniken** etc. bitten wir um Einforderung von kostenfreien Proben nebst Analysen und Gebrauchsanweisungen.

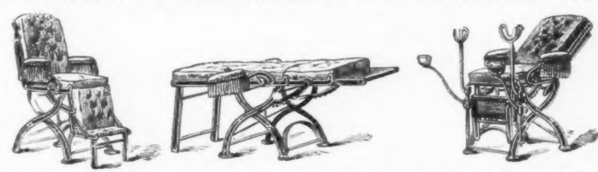
Als tägliches diätetisches Getränk an Stelle von Kaffee und Thee wirkt

Dr. Michaelis' Eichel Cacao

in Bezug auf Störungen des Verdauungstractus prophylactisch, indem er denselben in normalem Zustande erhält.
Seit vielen Jahren ärztlich erprobtes **Tonicum** u. **Antidiarrhoeicum** bei chron. Durchfällen.
Gr. Nährwerth; leichte Verdaulichkeit; guter Geschmack.
Vorräthig in allen Apotheken.
Aerzten und Kliniken stehen Proben auf Wunsch gratis zur Verfügung.
Alleinige Fabrikanten von
Dr. Michaelis' Eichel-Cacao
Gebr. Stollwerck, Köln.


☛ Schmerzstillendes Mittel. ☚
Deutsche Reichspatente No. 60308 und 65111.
Kein Geheimmittel!
Ein neues Nervinum
ANALGEN-DR.-VIS.
Vorräthig in Berlin: Kronen-Apotheke S. Radlauer, Friedrichsstr. 160.
Vorräthig in Leipzig: Engel-Apotheke Dr. E. Mylius
und in allen anderen Apotheken. ☚
klinisch und privatärztl. erfolgreich erprobt gegen **Gicht-** und **rheumatische Schmerzen, Migräne, Neuralgie** und **Ischias.**
Geschmacklos. Unangenehme Nebenwirkungen fehlen vollständig.
(Medicinische Wochenschrift No. 44, Berlin, 3. Nov. 1892.) Ausführliche Litteratur zu Diensten.
Chemische Fabrik Dahl & Co., Barmen.

Die Münchener Patent-Universal-Stuhlfabrik von Schöberl



empf. d. Herren Aerzten directe Lieferung ihres weltbekannten, dem Patent-Universalstuhl analogen, spec. f. Operations- u. gynäk. Zwecke construirten
Operationsstuhles,
welcher in alle Lagen verstellbar, als Tisch, Stuhl etc. verwendbar, v. H. Geh.-R. **Dr. Ritter v. Nussbaum** u. vielen anderen Coryphäen d. Chir. rühml. empfohlen ist.
J. Schöberl, Fabrikant, herzogl. bayr. u. grosshzgl. bad. Hofl., München.
Auf Wunsch illustr. Preiscourant gratis und franco.

Allgemeiner Deutscher Versicherungs-Verein.
Generaldirektion **STUTTGART** *Uhlandstr. No. 5.*
Juristische Person. Gegründet 1875. **Staatsoberaufsicht.**
Filialdirektionen
BERLIN Anhaltstrasse No. 14 — **WIEN** I Graben No. 16.
Der Verein gewährt in besonders geeigneter Form den Herren
Aerzten
Versicherung gegen die Folgen **innerer Erkrankungen** mit Einschluss der
Invaliditäts-Versicherung
mit einer täglichen Entschädigung bis zu 20 M. oder einer Invaliden-Rente bis zu 3600 M. jährlich; ferner
Unfall-Versicherung
mit Entschädigung bis zu 50 M. täglich oder bis zu 100,000 M. im Todes- und Invaliditätsfall, und endlich
Haftpflicht-Versicherung
zum Schutze gegen Ansprüche dritter fremder Personen, mit Einschluss der Dienstboten, Kutscher u. dergl.
Am 1. Juli 1893 bestanden in sämmtlichen Abtheilungen des Vereins 122176 Versicherungen.
☛ Die Mitglieder der **Haftpflichtversicherung** erhielten im Jahre 1892 **30% Dividende.**
Prospekte und Versicherungs-Bedingungen geben sowohl die Direktion als sämmtl. Vertreter des Vereins stets gerne gratis ab.

Salipyrin.

Von ersten Autoritäten als **unschädliches, sicher wirkendes Antipyreticum, Antirheumaticum** und **Antineuralgicum** auf das Wärmste empfohlen, ist **Salipyrin** das **bewährteste** Mittel gegen **Neuralgie, Gelenkrheumatismus,** alle fieberhaften Krankheiten, **Kopfschmerzen, Migraine, Schnupfen** u. s. w., in seiner Wirkung als
Specificum gegen Influenza
von keinem anderen Mittel erreicht.
Bei zu reichlicher Menstruation **übertrifft Salipyrin** weit Secale- und Hydrastispräparate. **Salipyrin** „Riedel" ist selbst in Dosen von 6—8 gr. pro die **ohne** irgendwelche unangenehme Nebenwirkungen.
Neueste Literatur zu Diensten.
Chemische Fabrik von J. D. Riedel,
Berlin N. 39
(gegründet 1812).

Jeder Arzt
verlange unseren
neuen Katalog 1893



BROMIDIA

RECEPT. — Jeder Theelöffel enthält je 1 gramm reinen Chlorals und gereinigten Bromkaliums, sowie 0,008 gramm je von wirklich *imp. Extract* von Cannabis Indica und Hyoscyamus; mit aromatischen Extracten.

DOSIS. — *Einen halben* bis *ganzen Theelöffel* in *WASSER* oder SIRUP stündlich, bis sich Schlaf einstellt, während 24 Stunden höchstens 3 Theelöffel.

BROMIDIA ist das Schlaf erzeugende Mittel *par excellence.* Es bringt erquickenden Schlaf hervor und zeigt sich bei Schlaflosigkeit, Nervosität, Neuralgie, Kopfweh, Konvulsionen, Kolik, etc., ausserordentlich werthvoll und wird Linderung bringen, *wenn Opiate fehl schlagen;* ungleich Opiumpräparaten *hemmt es die Entleerungen nicht.* Bei Ruhelosigkeit und Fieberdelirium ist es unschätzbar. — **Original-Flasche Mk.: 4.—**

BATTLE und C°., St. Louis, Ver.-Staaten.

General Depot für Deutschland:

S. RADLAUER

Kronen-Apotheke, Friedrich-Strasse, 160, Berlin, W.

Heinrich Beyer

Schillerstr. 26 MÜNCHEN Schillerstr. 26
neben der kgl. Anatomie.

Chirurg. Instrumentenmacher und Bandagist
Fabrik für Herstellung
aller chirurgischen Instrumente, künstlicher Ersatzglieder, orthopädische Maschinen für alle Deformationen und körperl. Verkrümmungen, Leibbinden, Bruchbänder und Suspensorien.

Specialität:
Alleinige Anfertigung Dr. Wolfermann's Patent-Apparat gegen seitliche Rückgratverkrümmungen.
Niederlage Dr. Koch's plastischer Verbandschienen.
Reichhaltiges Lager in Gummiwaaren, Kautschukartikel, Verbandstoffe, sowie sämmtliche Krankenpflege-Artikel.

Die
Gesellschaft für chemische Industrie
in **Basel** (Schweiz)
empfiehlt ihr
Malakin
als **wirksames Antirheumaticum, Antipyreticum und Anodynum.**

Dung's China-Calisaya-Elixir
ein wohlschmeckendes Chinapräparat

aus **bester China-Calisaya-Rinde bereitet,** enthält sämmtliche **wirksamen Bestandtheile dieser Rinde** in **möglichst wohlschmeckender** Form, und wird angewandt gegen **Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden und Schwächezuständen.** Dieses Präparat ist in verschiedenen **Nervenheilanstalten** und **Kliniken** eingeführt und ist als **Stärkungsmittel** allgemein beliebt.
Man hüte sich vor Nachahmungen u. achte genau auf die **Schutzmarke** u. **Firma.**

Albert C. Dung
vormals Apotheker in New-York.
Freiburg i. B.
Preis der Flasche **M. 1.50** in den Apotheken zu haben.
Muster stehen den Herren Aerzten bei Erwähnung dieses Blattes gratis zur Verfügung.

* Gesellschaft für flüssige Gase *
Raoul Pictet & Co.
Berlin N., Usedom-Strasse 28
Fernsprecher III 8795
empfehlen ganz besonders ihr:

Chloroform medicinale Pictet
(gereinigt durch Krystallisation)

Eingetragene Schutzmarke KRYSTALLREIN

Aether (sulfuricus) puriss. Pictet absolut rein; für alle Zwecke.
Alcohol puriss. Pictet 100% in dieser Reinheit bisher in der Industrie nicht vorhanden.
Glycerin Pictet gereinigt durch Krystallisation.
Bromaethyl Pictet auch in gröss. Quantitäten ohne Gefahr d. Zersetzung aufzubewahr.
Chloraethyl (viel gebraucht in der kleinen Chirurgie und Zahnheilkunde) in Röhren zu 10 gr., 5 Röhren = 1 Schachtel und in **Röhren zu 50 gr. mit Metallverschluss** zum wiederholten Gebrauch.
Stickstoffoxydul (Lachgas) absolut rein u. flüssig in jedem Quantum.
Pharmaceutische Producte verschiedenster Art in absoluter Reinheit
Medicinal-Chinaweine
Die einzige Art Chinawein, die auch nach längerer Zeit keine Trübung giebt.
Garantirt rein französ. Cognacs
in 6 Qualitäten von 3,50—20 Mark.
Aetherische Oele und Parfüms.

Sämmtliche Artikel sind in allen Apotheken vorräthig, die Herren Aerzte werden gebeten, bei der Receptur das Wort „Pictet" dem Namen des Medicaments zuzufügen.
Auf Wunsch werden Muster versandt.

Abonnements per 1. Januar 1894 u. ff. auf unseren
Medicinischen Journal-Lesezirkel
(90 Journale und Archive zur freien Auswahl!)
nehmen wir schon jetzt entgegen

J. F. Lehmann's medicinische Buchhandlung,
Sortiment, Antiquariat, Leih-Institut und Lesezirkel,
München, Landwehrstrasse 12.

Prospecte gratis und franco!

Instrumenten- u. Verbandschränke

Eichen oder Nussbaum fournirt mit 3 verstellbaren Hartglas-Einlegeplatten.

Moritz Böhme,

Lieferant der Königl. Universitäts-Klinik.
Verbandstoff-Fabrik.
Berlin N., Oranienburger Strasse 54.

☛ **Genau wie Cliché.** ☚ Grösse: 198 ctm. Höhe, 95 ctm. Breite, 48 ctm. Tiefe, Preis Mk. 120,00. **Einfach ausgestattet.** Grösse: 180 ctm. Höhe, 90 ctm. Breite, 47 ctm. Tiefe, Mk. 75,00.

Die Verbandschränke sind auf das **sorgfältigste** gearbeitet, die Thüren schliessen vollständig luft- und staubfrei ab.

„Meine neue illustrirte Preisliste pro 1894 übersende den Herren Aerzten auf Wunsch gratis und franco."

Soeben ist erschienen und durch **J. F. Lehmann's medic. Buchhandlung in München, Landwehrstr. 12** zu beziehen:

Ein natürliches System der Giftwirkungen

von

Prof. Dr. Oscar Löw.

9 Bog. gr. 8°, broch. M. 4.20; eleg. geb. M. 5.20.

Kein Toxikologe, Physiologe, Mediciner und Pharmaceut sollte versäumen, dieses **einstimmig** von der Fachpresse auf das Beste recensirte Buch seiner Bibliothek einzuverleiben. Hervorragende Gelehrte wie u. A. **Prof. Dr. Flückiger, Hofrath Prof. Dr. Hilger, Prof. Dr. Arnold, Prof. Dr. Emmerich** etc. haben dieses Werk auf das Günstigste besprochen.

Struma und Schilddrüse

von

Dr. med. Dionys Hellin,
prakt. Arzt.

7 Bogen. gr. 8°. Broch. M. 3.—.

Verlag von Dr. E. Wolff in München.

Impf-Formulare.

Sämmtliche Sorten sind zu beziehen durch

J. F. Lehmann's medic. Buchhandlung,
München, Landwehrstr. 12.

Das der

Tamarinden-Essenz „Dallmann"

als elegantem, wirksamem Laxans zuerkannte



Brillantkreuz

und die



grosse goldene Medaille.

Verlag von J. F. Lehmann in München.

Die Influenza.

Ihre Geschichte, Epidemiologie, Symptomatologie und Therapie,
sowie
ihre Komplicationen und Nachkrankheiten.

Mit 4 Tafeln und ausführlichem Verzeichniss der einschlägigen Literatur.

Von **A. Ripperger.**

338 S. Mk. 10.—.

Geburtshülfliche

Taschen-Phantome.

Von Dr. **K. Shibata.**

II. vermehrte Auflage.

Mit einer Vorrede von

Prof. Dr. Frz. v. Winckel.

V. 19 S. Text mit sieben Textillustrationen, zwei in allen Gelenken beweglichen Früchten und einem Becken.
Preis M. 3.—.

Vermittelst dieses genial construirten Phantoms können sämmtliche bei der Geburt vorkommenden Lagen gebildet werden. Es ist somit eine vorzügliche Ergänzung zu jedem Lehrbuch der Geburtshülfe.

Der enorme Absatz, den das hübsch ausgestattete Büchlein findet, beweist am besten den praktischen Werth, den es für Aerzte und Studirende hat.

Verlag von **Gustav Fischer in Jena.**

Vor Kurzem erschienen:

Binswanger, Dr. Otto, o. ö. Professor der Psychiatrie an der Universität Jena. Direktor der Landes-Irren-Anstalt u. psychiatrischen Klinik. **Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der acuten und Frühformen.** Monographisch bearbeitet. Mit einer lithographischen Tafel und einer Abbildung im Text. Preis 4 Mark.

Handbuch der Hygiene

herausg. von Dr. med. **Theodor Weyl in Berlin.**

Erscheint in Lieferungen von verschiedenem Umfange und von verschiedenem Preise; das vollständige Werk wird 200 bis 250 Bogen umfassen und den Preis von 90 Mark keinenfalls überschreiten.

Bis jetzt gelangten zur Ausgabe:

Lieferung 1: **Finkelnburg,** C., Prof. an der Universität Bonn **Geschichtliche Entwickelung und Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege in den einzelnen Kulturstaaten.** Preis 80 Pf.

Lieferung 2: **Munk,** Dr. med. J., Privatdozent an der Universität in Berlin. **Einzelernährung und Massenernährung.** Preis 3 Mark.

Lieferung 3: **Wernich,** Dr. A., Regierungs- und Medizinalrat in Berlin, **Leichenwesen einschl. der Feuerbestattung.**
Wehmer, Dr. med. R., Medizinal-Assessor bei dem Kgl. Polizei-Präsidium in Berlin. **Abdeckereiwesen.** Preis 3 M. 50 Pf.

Demnächst gelangt zur Ausgabe:

Lieferung 4: **Fodor,** J. von, Professor der Hygiene an der Kgl. Ung. Universität zu Budapest, **Hygiene des Bodens.** Mit besonderer Rücksicht auf Epidemiologie und Bauwesen. Preis für Abnehmer des Handbuchs 3 M. 60 Pf.
Preis für den Einzelverkauf 4 M. 50 Pf.

---

von Kahlden, Dr. C., a. o. Professor und I. Assistent am Pathol. Institut der Universität Freiburg i. B., **Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate** für Studierende und Aerzte. **Dritte vermehrte und verbesserte Auflage.** Preis brosch. 2 M. 40 Pf., gebd. 2 M. 80 Pf.

Rieger, Dr. Conrad, Professor der Psychiatrie an der Universität Würzburg, **Grundriss der medicinischen Electricitätslehre.** Für Aerzte und Studierende. Mit 24 Figuren in Chromolithographie. **Dritte Auflage.** Preis 2 M. 50 Pf.

Schmidt, Dr. Martin B., Privatdozent an der Universität und Dr. **Ludwig Aschoff,** Assistent am Pathologischen Institut zu Strassburg i. Els., **Die Pyelonephritis in anatomischer und bakteriologischer Beziehung** und die ursächliche Bedeutung des Bacterium coli commune für die Erkrankungen der Harnwege. Mit einer lithogr. Tafel und einer Tafel in Lichtdruck. Preis 4 Mark.

Offerten unter Chiffre ....

welche vermittelst kleiner, im täglichen Verkehrsleben vorkommender Anzeigen, wie Stellengesuche und Angebote, Kauf-, Verkauf-, Pacht- und Verpachtungsgesuche, Betheiligungs- und Theilhabergesuche, Kapitalsgesuche und Angebote etc. gesucht werden, inserirt man am besten und vortheilhaftesten durch Vermittelung der Annoncen-Expedition **Rudolf Mosse.** Die bei derselben einlaufenden Offerten werden uneröffnet dem Auftraggeber täglich zugestellt und in allen Fällen strengste Diskretion gewahrt. Ferner ist Vorkehrung gegen unberechtigte Empfangsnahme der Offerten getroffen. Die Annoncen-Expedition von **Rudolf Mosse** berechnet lediglich die Original-Zeilenpreise der Zeitungen und ertheilt gewissenhaften Rath bei Wahl der für den jeweiligen Zweck geeignetsten Blätter. Die Annoncen-Expedition von **Rudolf Mosse** besitzt in allen grossen Städten eigene Büreaux, in:

Mün[illegible] Promenadeplatz 16/I.

Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.